

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 75

LE PRONOSTIC TARDIF DE LA KÉRATITE INTERSTITIELLE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 20 décembre 1935

PAR

Jacques GARIOU

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à PRÉFAILLES (Loire-Inférieure), le 14 juin 1910

Examineurs de la Thèse	}	MM. TEULIÈRES, professeur.....	Président.
		PETGES, professeur.....	Juges.
		BEAUVIEUX, agrégé.....	
		WANGERMEZ, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1935

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1935-1936. — N° 75

LE PRONOSTIC TARDIF DE LA KÉRATITE INTERSTITIELLE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 20 décembre 1935

FAR

Jacques GARIOU

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à PRÉFAILLES (Loire-Inférieure), le 14 juin 1910



Examineurs de la Thèse	}	MM. TEULIÈRES, professeur.	Président.
		PETGES, professeur.....	Juges.
		BEAUVIEUX, agrégé.....	
		WANGERMEZ, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE,
CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

MM.

Clinique médicale.....	MAURIAC.
id.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	BÉGOUIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CARLES.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.
Hygiène.....	LEURET.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.
Electroradiologie et lin d'électricité médic.....	RÉCHOU.
Chimie.....	CHELLE.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.
Pharmacie.....	DUPOUY.

MM.

Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
Médecine expérimentale.....	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Physique médicale et pharmaceutique.....	C. SIGALAS.
Médec. co oniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	GREYX.
Clinique dentaire.....	N.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie.....	DUBECQ.
id.....	DUFOUR.
Physiologie.....	FABRE.
Médecine générale.....	DAMADE.
id.....	PIÉCHAUD.
id.....	DELMAS-MARSALET.
id.....	DE GRAILLY.
id.....	FONTAN.

MM.

Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	LOUBAT.
Ob-tétrique.....	RIVIÈRE.
Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
Oto-rhino-laryngologie.....	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
Physique médicale.....	WANGERMEZ.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

MM.

Physiologie.....	FABRE.
Médecine opératoire.....	PAPIN.
Accouchements.....	RIVIÈRE.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.
Puériculture.....	FAUGÈRE.
Pharmacie chimique.....	VITTE.

MM.

Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Physique médicale et pharmaceutique.....	WANGERMEZ.
Botanique.....	GIRARD.
Médecine légale.....	DERVILLÉE.
Bactériologie.....	MOUREAU.

Ophtalmologie..... MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A LA MEMOIRE DE MON PERE

MORT POUR LA FRANCE

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND-MERE

A MON ONCLE ET TUTEUR

A MON FRERE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES AMIS

LES DOCTEURS J. BOUILLOC, G. EGGENBERGER ET R. WEBER

Médecins des troupes coloniales.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. BEAUVIEUX

*Ophthalmologiste des Hôpitaux.
Officier de l'Instruction publique.*

Il m'a inspiré l'idée de ce travail.
Qu'il veuille trouver ici l'expression de
ma gratitude pour l'aide qu'il m'a appor-
tée et tous les conseils qu'il m'a donnés.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TEULIERES

*Professeur de Clinique ophtalmologique,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

En reconnaissance de l'honneur qu'il
m'a fait en acceptant de présider cette
thèse.

LE PRONOSTIC TARDIF

DE LA

KÉRATITE INTERSTITIELLE

INTRODUCTION

Lorsque M. le Professeur agrégé Beauvieux a bien voulu nous proposer comme sujet de thèse une étude sur le pronostic tardif de la kératite interstitielle, nous ne nous doutions pas des difficultés, d'ordre matériel surtout, que nous allions rencontrer. Il nous a été, en effet, très difficile de retrouver les malades, car beaucoup avaient changé de nom et d'adresse. De plus, quand cette première recherche fut couronnée de quelques succès, certains malades, après nous avoir promis de venir se faire examiner à l'hôpital, ont refusé catégoriquement de se déplacer sous différents prétextes. Il y avait, en particulier, chez ces malades de la génération d'avant-guerre, une certaine pudeur que nous n'avons plus l'habitude de rencontrer souvent. C'est ainsi que parfois les parents des malades nous ont fait volontairement des réponses propres à égarer notre enquête et ont poussé les malades à refuser de venir à l'hôpital, par crainte d'étaler au grand jour ce qu'ils considèrent comme une tare familiale. Devant ces difficultés, M. le Professeur agrégé

Beauvieux a eu l'obligeance de nous proposer de faire venir les malades un peu récalcitrants dans son cabinet ou à la Clinique Paul-Bert, ce qui nous a permis d'avoir trois observations complètes en plus. Que M. le Professeur agrégé Beauvieux veuille bien accepter ici tous nos remerciements pour le service qu'il nous a rendu et pour tous les conseils qu'il nous a prodigués.

Nous remercions M. le Professeur Teulières, qui a bien voulu mettre à notre disposition tous les registres et fiches de son service ainsi que tous les appareils de mesure et d'exploration nécessaires pour les examens des malades.

Nous prions également MM. les Professeurs Petges et Portmann d'accepter nos remerciements pour nous avoir autorisé à consulter et à publier des observations prises dans leurs services.

Nous remercions également MM. les Docteurs Cazenave, Clavel, Corcelle et Viaud pour l'aide qu'il nous ont apportée dans nos recherches.

Que tous les médecins enfin qui ont bien voulu nous communiquer des renseignements sur les malades qu'ils avaient soignés trouvent ici l'expression de notre gratitude.

Dans ce travail, où nous ne nous occuperons que de la kératite interstitielle diffuse hérédo-syphilitique, le plan que nous suivrons sera le suivant :

- 1° Historique.
- 2° Observations.
- 3° Statistiques des diverses lésions, séquelles et incidents présentés par les malades au cours de leur histoire.
- 4° Conclusions.

Nous terminerons notre travail par une bibliographie sur la question.

HISTORIQUE

PRÉAMBULE. — Depuis qu'en 1857 Jonathan Hutchinson (1823-1913) a eu le mérite de montrer la place exacte qu'occupe la syphilis héréditaire dans l'étiologie de la kératite interstitielle, de nombreux auteurs ont fait des recherches sur l'étiologie et la pathogénie de cette affection, mais relativement fort peu se sont occupés de la question de son pronostic éloigné tant au point de vue pathologique local et général qu'au point de vue social de l'individu et de ses descendants. Les études d'ensemble sont surtout très rares puisqu'il n'y a guère que celle de J. Igersheimer. Ce dernier, en effet, présenta en 1913, au XXXIX^e Congrès d'ophtalmologie de Heidelberg, un mémoire intitulé : *Ueber die weiteren Schicksale von Patienten mit keratitis parenchymatosa auf Hereditar-luetischer Grundlage* (Sur l'avenir des malades syphilitiques héréditaires atteints de kératite parenchymateuse (avec démonstration). Igersheimer avait effectué ses recherches sur les yeux, sur l'organisme et sur la descendance. Pour que cet exposé historique ne soit pas trop embrouillé, étant donné l'ampleur de la question, nous exposons, dans une première partie, les divers travaux effectués sur la question du pronostic oculaire, puis, dans une deuxième partie, ceux qui ont été effectués sur la question du pronostic de l'organisme en général, enfin, dans une troisième partie, ceux qui ont été effectués sur les questions du pronostic social de l'individu et de l'avenir pathologique de ses descendants.

I. — *Le pronostic oculaire.*

Nous ferons l'histoire de la question en exposant à tour de rôle le pronostic au point de vue :

- 1° des tares et des reliquats microscopiques indélébiles;
- 2° de la réfraction et de sa pathogénie;
- 3° de l'acuité visuelle;
- 4° des lésions et des séquelles diverses du segment antérieur de l'œil;
- 5° des lésions du fond d'œil;
- 6° des récurrences;
- 7° des complications nerveuses locales.

1° LES TARES ET LES RELIQUATS MICROSCOPICIQUES INDÉLÉBILES.

— Fournier, dans son livre sur *La syphilis héréditaire tardive*, estime que le retour *ad integrum* est rare. D'après lui, il resterait le plus souvent des opacités de la cornée qu'il classe en leucomes, albugos et néphélions. Les taies les plus fréquentes seraient, d'après lui, les néphélions. Depuis, tous les auteurs classiques ont été sensiblement de cet avis, mais leurs dires ne s'appuient pas sur des statistiques précises.

La question des reliquats indélébiles, visibles seulement au microscope cornéen, semble avoir intéressé un plus grand nombre d'auteurs en raison de l'intérêt que présentent ces reliquats au point de vue du diagnostic rétrospectif de cette affection cornéenne.

En 1921, Vogt (*Atlas de microscopie oculaire*) place, l'un des premiers, les vaisseaux, déjà signalés par d'autres auteurs, juste au-devant de la membrane de Descemet. Il y aurait pour lui deux plans de vaisseaux : un profond, de vaisseaux parallèles et horizontaux, et un plus superficiel, de vaisseaux parallèles et verticaux.

En 1924, Duverger et Lampert, Vérez et Mawas ont bien décrit les reliquats vasculaires de la kératite interstitielle.

La même année, Koby insiste sur la constance des reli-

quats vasculaires et sur leur plus grande visibilité par la diaphanoscopie.

En 1923, Pesme montre que les vaisseaux sont en un seul plan sur la face antérieure de la membrane de Descemet dans la kératite interstitielle hérédosyphilitique, tandis qu'ils sont dans plusieurs plans dans la kératite parenchymateuse sclérosante.

En 1926, Gallemaerts montre combien le réseau vasculaire apparaît nettement lors de la résorption des opacités. Il a bien étudié la gaine des vaisseaux qui est plus ou moins épaisse. Les vaisseaux prennent la forme de boudins avec dilatation et rétrécissements. A la fin, le vaisseau a l'aspect d'un cordon blanchâtre avec des étranglements, et des contours qui ne restent pas parallèles.

En 1930, Sohier montre dans sa thèse, en se basant sur 29 observations de kératite interstitielle héréditaire syphilitique ancienne (1 à 40 ans), qu'il existe des vaisseaux cornéens profonds dans 97 % des cas et constamment des opacités plus ou moins diffuses et prononcées, mais toujours interstitielles, et dont une partie au moins est profondément située au-devant de la membrane de Descemet.

En 1933, Bonnet publie un mémoire sur les opacités en « feuilles de palmiers ». Il estime que ces opacités sont le reliquat, en règle générale, de la kératite interstitielle type annulaire de Vossius. Ce serait pour lui des stigmates indélébiles d'hérédosyphilis.

2° L'ÉTAT DE LA RÉFRACTION ET LE RÔLE DES TAIES DANS LA PATHOGÉNIE DE LA MYOPIE. — Pour Panas, il existe un rapport entre les taies de la cornée et la myopie acquise. Donders signale des cas de myopie et d'astigmatisme avec taie de la cornée.

Nécati, en 1879, fait ressortir d'une statistique relevée dans les écoles de Marseille que 3,23 % des myopes forts sont porteurs de taches de la cornée.

Martin essaie d'expliquer la myopie acquise avec taies de la cornée par le spasme ciliaire. Il remarque un retentis-

sement de la réfraction d'un œil myope avec taie sur l'autre œil sans taie, et trouve souvent ce dernier plus myope que le porteur de lésions cornéennes.

Fortin, en 1902, accepte cette théorie, mais pense que la myopie est aussi due à un affaiblissement par suite de la diffusion (expérience de Van Duyre). Il ajoute que les lésions phlegmatiques retentissent sur le fond d'œil, d'où une myopie progressive par processus analogue à celui de l'hydrophtalmie congénitale. L'infection des tissus laissant des taies de la cornée et des lésions de chorio-rétinite déterminerait d'après cet auteur une augmentation de tension, une distension de l'œil, une augmentation surtout de son diamètre antéro-postérieur.

En 1903, Garipuy reprend ces théories et y ajoute des observations personnelles.

En 1922, Okasaki, sur 528 cas de kératite parenchymateuse, constate après le traitement une anomalie de la réfraction dans 86 % des cas, celle-ci étant le plus souvent de la myopie.

En 1933, Adeline Lévy écrit, dans sa thèse : « L'astigmatisme myopique et la myopie forte peuvent être considérés comme étant la règle chez les malades atteints de kératite interstitielle. Le vice de réfraction s'accroît d'une façon très considérable à chaque rechute, récurrence ou aggravation. Les malades atteints de kératite interstitielle pendant l'enfance ou l'adolescence se révèlent myopes, alors que les malades ayant leur première atteinte plus âgés semblent ne pas présenter ce vice de réfraction. La kératite interstitielle d'origine syphilitique semble donc être la cause de cette astigmatisme et de cette myopie. Quelques cas de réfractations antérieures à la première atteinte nous montrent cette profonde modification dans ce sens ainsi que les observations prises sur des malades à kératite interstitielle unilatérale. »

3° L'ACUITÉ VISUELLE. — En 1913, J. Igersheimer, sur 152 yeux ayant été atteints de kératite interstitielle, trouve

59,2 % des yeux avec une acuité de $1/5$ au moins et 49,8 % des yeux avec une acuité inférieure à $1/5$.

En 1914, C. Golesceano constate que la vision peut rester très faible après les kératites interstitielles récidivantes.

En 1922, G. Okasaki, sur 528 cas, trouve une acuité au moins égale à $8/10$ dans 8 % des cas, et une acuité inférieure à $1/10$ dans 59 % des cas.

Franta, en 1928, estime qu'il y a 60 % de mauvaise vision ultérieure.

4° LES LÉSIONS ET LES SÉQUELLES DIVERSES DU SEGMENT ANTÉRIEUR DE L'OEIL. — En 1885, Bulké, sur 100 cas de kératite interstitielle dont 37 syphilitiques certains, trouve 16 cas avec complication d'iritis et 3 cas avec épisléríte.

En 1890, Pfister constate, sur 130 cas de kératite interstitielle diffuse, de l'iritis séreuse dans 13 % des cas, de l'iritis plastique dans 6,9 % des cas, et de la scléríte dans 3,8 % des cas.

C.-H. Probst, en 1905, estime que les cas de kératite interstitielle qui commencent par le tractus uvéal, sont très rebelles et persistants. Il cite un cas où on dut énucléer les deux yeux, à quatre ans d'intervalle, pour un glaucome secondaire.

En 1913, pour J. Igersheimer, dans la kératite récente, la pression intra-oculaire est parfois abaissée mais plus souvent augmentée. Pour lui, dans 10 % des cas, l'élévation de la pression est encore appréciable après l'affection tandis que l'abaissement disparaît avec la fin de celle-ci. Cette élévation peut conduire, d'après l'auteur, au rétrécissement du champ visuel typique du glaucome et à l'excavation avec amaurose.

Axenfeld signale qu'il a trouvé, après la kératite parenchymateuse, une forme particulière d'épaississements multiples de la capsule qui se forment là où siègent habituellement des synéchies postérieures et qui, d'après ses observations, surviennent exclusivement dans cette maladie. Pour lui, après de longues années, au moment de la sénilité, de nouveaux

dangers menacent encore les malades, le glaucome en particulier.

En 1916, A. Terson conseille d'être optimiste en général pour le pronostic de la kératite interstitielle, car pour lui « les gommès avec sphacèle cornéen, les irido-cyclites avec atrophie de l'œil, les ectasies cornéennes sont exceptionnelles ».

En 1930, Cornilliet écrit dans sa thèse qu'on peut observer après une kératite interstitielle un staphylome ou un kératocône dû à une hypertension oculaire.

En 1932, J. Hutinel et Linossier-Ardoin Alice constatent que le malade atteint de kératite interstitielle « est exposé à des complications et à des séquelles (sécusion pupillaire, glaucome secondaire, staphylome équatorial), si la pupille reste contractée et si les synéchies s'organisent ».

5° LES LÉSIONS DU FOND D'ŒIL. — Bader, en 1838, attire le premier l'attention sur les altérations du fond d'œil dans l'hérédosyphilis. Hutchinson, en 1863, reprend cette idée.

En 1885, Bulke, sur 100 cas de kératite interstitielle dont 37 syphilitiques certains, constate 16 cas de modifications pigmentaires de la périphérie du fond d'œil : foyers choroïdiens, rétino-choroïdiens corroborant encore pour lui l'idée d'une origine syphilitique de ces kératites.

En 1890, Pfister, sur 130 cas de kératite interstitielle, trouve de la choroïdite disséminée dans 6,9 % des cas.

Pour Sidler-Huguenin, la chorio-rétinite peut précéder la kératite parenchymateuse, mais elle peut, après la guérison de celle-ci, progresser jusqu'à compromettre sérieusement la vision.

En 1910, Galezowski, sur 107 cas de kératite interstitielle, constate des lésions atrophiques et pigmentaires de la choroïde, surtout dans l'ara-serrata, dans la plupart des cas.

En 1932, Morancé, dans sa thèse, trouve, sur 30 cas de kératite interstitielle, 14 malades avec des lésions de chorio-rétinite, plus 2 malades aux yeux inéclairables. Les 14 cas avec lésion de chorio-rétinite comprenaient : 11 cas de cho-

rio-rétinite périphérique; 1 cas de chorio-rétinite périphérique et maculaire; 1 cas de chorio-rétinite uniquement maculaire et 1 cas de chorio-rétinite totale. D'après l'auteur, la kératite interstitielle se compliquerait de chorio-rétinite dans la moitié des cas. La chorio-rétinite serait pour lui l'un des symptômes les plus fréquents qui accompagnent la kératite interstitielle.

6° LES RÉCIDIVES. — Pour Horner, les récidives sont fréquentes; pour Fournier, au contraire, elles ne sont pas très communes, tandis que les rechutes sont fréquentes; pour Fuchs, les récidives sont rares. Panas estime que « les récidives sont toujours à redouter, surtout lorsque, après une première poussée, la cornée reste partiellement opaque ». Hirschberg admet que 30 % des cas insuffisamment soignés rechutent, et de Wecker pense que les récidives laissent des traces bien plus sensibles de leur passage que celles de la première atteinte.

En 1896, E. von Hippel publie le premier une étude sérieuse de la question des récidives. Sur 16 cas suivis de six à vingt ans, 5 ont récidivé après un intervalle de santé variant de deux mois à neuf ans. 4 étaient d'origine rhumatismale et 1 cas d'origine douteuse. Sur 75 cas suivis moins longtemps, l'auteur retrouve encore 10 récidives (3 syphilitiques, 3 tuberculeux, 2 douteux). Pour lui, les récidives vraies ne seraient donc pas rares.

En 1902, Baslini, sur 31 cas de kératites interstitielles, trouve 12 récidives.

Collomb, en 1905, fait une étude très intéressante sur les récidives de la kératite parenchymateuse diffuse dans le *Bulletin de la Société française d'ophtalmologie*. Pour lui, il n'y a récidive, « tout processus inflammatoire ayant disparu, tout étant rentré dans l'ordre, la cornée ayant repris un état de transparence relative plus ou moins grande, définitive en apparence », que si « l'affection revient évoluant avec un ensemble de symptômes rappelant la première atteinte ». Sur 170 cas de kératite interstitielle diffuse,

l'auteur trouve 8 fois des récidives, l'intervalle entre les deux poussées variant de huit mois à quinze ans. Pour lui, la persistance d'opacités notables est plus fréquente après les récidives qu'après les premières atteintes. D'après l'auteur, il y aurait donc 4,7 % de récidives, ce qu'il considère comme un minimum.

En 1913, Fage constate, sur 70 cas, 12 récidives dont 8 sur les deux yeux, donc 17 % de récidives, avec un intervalle entre les deux poussées de six mois à huit ans. Les récidives étaient toutes hérédosyphilitiques. Pour l'auteur, les récidives seraient plus longues et plus pénibles que la première atteinte.

La même année, Igersheimer estime que les récidives sont à craindre aussi longtemps que la réaction de Wassermann est positive.

Enfin, Herzaù et Hossmann, en 1933, constatent que, malgré les traitements modernes, les récidives sont aussi fréquentes qu'il y a trente ans.

7° LES COMPLICATIONS NERVEUSES LOCALES. — En 1924, Luhr signale une paralysie du moteur oculaire commun au cours d'une kératite interstitielle.

Bertein, en 1928, signale à son tour une ophtalmoplégie interne bilatérale après une kératite interstitielle hérédosyphilitique.

II. — *Le pronostic de l'organisme en général.*

Pour plus de clarté dans cet exposé, nous ferons d'abord un rappel des travaux effectués sur la question des troubles auriculaires, puis nous donnerons un bref aperçu de la question des dents, enfin nous rappellerons rapidement les travaux faits sur la question du pronostic de l'organisme en général.

1° LES TROUBLES AURICULAIRES. — En 1863, dans son livre intitulé : *Mémoire clinique sur certaines affections de l'œil et de l'oreille dues à la syphilis héréditaire*, Hutchinson écrit

qu'il a la conviction que « la surdité (des hérédo-syphilitiques) est due à une altération des corps auditifs soit sur leur trajet, soit à leur terminaison dans le labyrinthe » (trad. P. Hermet, 1884). Pour Hutchinson, cette surdité se produirait entre les cinq ans avant et les cinq ans après la puberté, le sexe féminin étant le plus touché (les deux tiers des cas). Il constate sur 102 cas de kératite interstitielle 13 fois de la surdité, avec dans 13 cas perte symétrique de l'ouïe dont 9 avec cophose absolue.

Panās combattit longtemps l'opinion d'Hutchinson sur l'origine syphilitique des troubles oculaires et auriculaires.

Pour Davidson, la misère, les troubles utéro-ovariens joueraient le plus grand rôle dans l'apparition de la surdité. Il signale l'épaississement de la membrane du tympan. Pour lui, le pronostic est toujours sérieux, le tympan ne retrouvant plus sa mobilité. Enfin, dans 20 % des cas, il trouve une origine syphilitique.

Parinaud n'admet pas l'importance des troubles auriculaires dans les manifestations tardives de l'hérédo-syphilis.

Hermet, dans les troubles auditifs de la syphilis héréditaire, réserve un rôle important aux lésions de la caisse.

Fournier décrit des otites suppurées et des surdités profondes par atteinte du labyrinthe ou du tronc du nerf ou des centres des nerfs.

Charles Ripp a observé cette surdité surtout chez les filles de 6 à 23 ans. Dans 4 cas sur 6, une kératite précédait cette surdité.

Albrand, sur 123 cas de kératite parenchymateuse, a trouvé 1 cas de surdité complète et 5 affaiblissements notables de l'ouïe.

Leplat, sur 24 malades, trouve 16 fois une diminution notable de l'ouïe, soit 76 % des cas.

Ayres, sur 12 malades, trouve 6 kératites avec surdité.

Desvaux, en 1897, dans sa thèse, sur 51 observations de kératite interstitielle, ne trouve aucune modification de l'appareil auditif dans 43 cas; 3 cas d'otite moyenne suppurée;

5 cas où l'ouïe était dure et l'acuité auditive très diminuée.

En 1902, Le Gentil estime dans sa thèse que « souvent à l'œil le premier atteint ou le plus malade correspond l'oreille la plus affectée ».

Elschnig, en 1913, signale qu'il a vu survenir des affections auriculaires chez des malades après atteinte de kératite interstitielle malgré un traitement soigneux et suivi.

En 1915, Ramadier, dans sa thèse, constate sur 80 oreilles : 38 tympan normaux, 34 avec légères altérations, 7 avec de grosses lésions. Pour lui, le tympan serait normal dans la moitié des cas. Les altérations légères auraient plus d'importance pour l'auteur, à cause de leur fréquence. Au point de vue fonction auditive, sur 78 oreilles examinées, il constate 15 fois la surdité absolue (dans 4 cas, bilatérale) et 20 fois quelques restes auditifs. Chez 3 malades, une oreille avait une audition satisfaisante.

R. Mayoux, en 1930, estime que « la fréquence de l'otite moyenne suppurée et surtout les circonstances dans lesquelles elle apparaît permettent d'affirmer que la syphilis peut léser l'oreille moyenne aussi bien que l'oreille interne ». Pour lui, il n'y a aucune raison pour ne pas reconnaître comme syphilitiques les otites moyennes suppurées guéries par le traitement d'épreuve.

La même année, Cornilliet étudie dans sa thèse 42 cas anciens de kératite interstitielle. Il constate une absence de lésions appréciables de l'oreille dans 7 % des cas, un tympan épaissi dans 40 % des cas, une otite moyenne dans 24 % des cas et des lésions de l'oreille interne dans 29 % des cas dont 7 % d'otolabyrinthites et 22 % de labyrinthites pures.

2° LES LÉSIONS DENTAIRES. — Nous ne signalerons que l'opinion donnée par Fournier dans son livre sur *La syphilis héréditaire tardive*. Fournier estime que les dents des hérédosyphilitiques sont essentiellement vulnérables. Pour lui, elles s'useraient très rapidement, deviendraient comme « des dents de vieux » ; la carie serait précoce et favorisée par l'érosion que présentent les dents des hérédosyphilitiques ; enfin

les dents disparaîtraient prématurément. Pour Fournier, les incisives supérieures pourraient être partiellement détruites en deux ou trois ans; les premières molaires seraient les plus atteintes et seraient fréquemment détruites dès l'adolescence; les dents d'Hutchinson seraient plus résistantes et pourraient être reconnues jusqu'à l'âge adulte.

3° L'ORGANISME EN GÉNÉRAL. — Pour Igersheimer, qui a fait des recherches neurologiques systématiques en 1913, le système nerveux des malades ayant présenté une kératite interstitielle serait souvent atteint. Les affections nerveuses se déclareraient pour l'auteur principalement après la disparition de l'affection oculaire. A côté de cela, il estime que la réaction de Wassermann est surtout positive dans les cinq premières années consécutives à l'affection de la cornée, et qu'elle n'est plus que rarement positive après dix ans, même s'il n'y a eu aucun traitement syphilitique.

En 1928, Franta, après des recherches personnelles, estime comme Igersheimer que les atteintes ultérieures du système nerveux sont fréquentes.

III. — *Le pronostic social.*

1° LE PRONOSTIC DES MALADES. — Igersheimer semble le seul à s'être un peu occupé de cette question. Il estime que, les deux yeux ayant une acuité visuelle souvent réduite, cela entraîne un préjudice social assez important.

2° L'AVENIR DES DESCENDANTS. — En 1897, Stremginski signale le cas d'une famille où un garçon, fils d'un homme qui avait eu une kératite interstitielle à 16 ans, a eu, à l'âge de 12 ans, une kératite parenchymateuse. La mère aurait été parfaitement saine.

En 1902, après des recherches faites sur 19 descendants, Sidler-Huguenin estime qu'il n'y a jamais de kératite interstitielle de deuxième génération quand les parents en ont présenté une.

E.-I. Collins, en 1903, après des recherches effectuées sur

les descendants de 12 femmes ayant eu une kératite interstitielle, constate que la mortalité infantile est plus faible que chez les hérédosyphilitiques de première génération, mais qu'elle est nettement plus forte que la mortalité infantile moyenne (36,6 % contre 16 %). De plus, pour l'auteur, les avortements chez les femmes hérédosyphilitiques de première génération seraient rares.

En 1913, Igersheimer, chez 12 enfants provenant de mères atteintes de kératite interstitielle hérédosyphilitique, ne constate ni aucun symptôme syphilitique, ni aucune réaction de Wassermann positive. Cependant, la transmission jusqu'à la troisième génération semble possible à l'auteur, qui en cite 1 cas personnel.

En 1922, Farjot estime que la kératite interstitielle est de nature syphilitique, même à la deuxième génération.

Cange et Antoine, en 1924, auraient été frappés, au cours de leurs recherches bibliographiques, de la fréquence de la kératite interstitielle à la deuxième génération.

Kraupa estime que des pères hérédosyphilitiques donnent souvent naissance à des enfants présentant des altérations oculaires analogues à celles de leur père.

Pour Finger, trois conditions sont nécessaires pour qu'il y ait syphilis héréditaire à la troisième génération. Il faut, d'après lui, être sûr que la syphilis de deuxième génération soit héréditaire, qu'il n'y ait pas de syphilis acquise dans la deuxième génération, et enfin que la syphilis de troisième génération soit héréditaire.

Bergmeister, en 1927, signale le cas d'une fille qui eut une kératite interstitielle, avec réaction de Wassermann positive en 1921, tandis que la mère, hérédosyphilitique, fit une kératite interstitielle bilatérale grave en 1926.

En 1928, N. Blatt constate la présence de troubles trophiques et d'anomalies en observant une famille de 14 membres allant jusqu'aux arrière-petits-enfants, mais il ne trouve plus de kératite interstitielle à partir de la deuxième génération.

Rollet, en 1931, signale le cas d'un glaucome infantile avec

buphtalmie observé chez un enfant dont la mère avait eu une kératite interstitielle.

Signalons enfin un article très intéressant intitulé : *Hérédosyphilis, mutations et lois de Meudel*, publié dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, le 10 juin 1933, dans lequel Louis Castex, après avoir cité les observations de deux familles, fait remarquer que les dystrophies, transmises par la mère ou par le père hérédosyphilitique, se retrouvent dans la descendance en suivant les lois de Mendel. Et l'auteur ajoute : « Ainsi, à mon point de vue, la syphilisation préalable de la mère, dans la deuxième génération et les suivantes, n'est pas une nécessité absolue. Il est infiniment probable que les dystrophies qui apparaissent lors de ces générations sont le fait de l'hérédité, et non celui, direct, du tréponème. L'hérédité syphilitique doit être placée sur le même plan que celui de toutes les autres hérédités, et, à la réflexion, elle ne peut s'en différencier par une modalité, une autonomie quelconques. »

« En plus d'une syphilis conceptionnelle, il existerait une syphilis héréditaire. » De plus, l'auteur estime que c'est surtout la première génération qui est justiciable d'un traitement précoce, car celui-ci « peut et doit prévenir et arrêter l'évolution des lésions des glandes endocrines, et celles-ci reprendront d'autant mieux leur vigueur et leurs fonctions qu'elles seront moins touchées ». Les autres générations bénéficieraient, d'après lui, surtout d'un traitement opothérapique et des traitements traditionnels dont l'utilité n'est pas douteuse : préparations iodo-tanniques, arsenicales, à l'iodure de fer. Enfin, les cures thermales sulfureuses et chlorurées sodiques seraient aussi très indiquées.

OBSERVATIONS

Conditions dans lesquelles nos recherches ont été faites.

Tous les malades que nous avons recherchés, dans le but d'étudier leur histoire pathologique et sociale, avaient été soignés au moins quinze ans auparavant pour une atteinte de kératite interstitielle. Pour les malades dont nous avons trouvé les noms sur les registres de la consultation d'ophtalmologie de l'Hôpital des Enfants, cet intervalle minimum a été porté à vingt et un ans, car, du mois d'août 1914 jusqu'en 1920, les adresses font défaut.

Nos recherches ont surtout porté sur les malades passés à l'Hôpital des Enfants, mais elles ont été faites aussi sur les malades qui ont été hospitalisés dans le service de clinique ophtalmologique de l'Hôpital Saint-André. Enfin une malade nous a été indiquée par MM. les Docteurs Cazenave et Clavel.

A l'Hôpital des Enfants, nous avons pu relever le nom de 83 malades dont l'adresse était à Bordeaux lors de leur passage à la consultation d'ophtalmologie, entre le mois de juin 1894 et le mois d'août 1914. Sur ces 83 malades, nous n'avons pu en retrouver que 16 à Bordeaux ou dans les environs immédiats. En plus de ceux-ci, nous avons pu relever la trace de 11 autres malades qui, malheureusement, avaient quitté Bordeaux et habitaient trop loin (Paris, Bruxelles, par exemple), pour que nous puissions les faire revenir. Trois autres malades, deux femmes et un homme, étaient morts depuis quelques années seulement. Deux de ces malades, frère et sœur, sont morts de tuberculose. Quant à la deuxième

malade, elle est morte d'une affection que nous n'avons pu déterminer.

A l'Hôpital Saint-André, nous avons pu relever les noms de 10 autres malades qui ont été hospitalisés entre le mois de janvier 1914 et le mois de décembre 1920. Sur ces 10 malades, 3 seulement ont pu être retrouvés. La malade qui nous a été indiquée par MM. les Docteurs Cazenave et Clavel a présenté des incidents qui augmentent le pourcentage de fréquence de certaines affections dans les statistiques. Mais nous n'avons pas voulu laisser de côté son observation, en raison des difficultés rencontrées dans la recherche des kératites interstitielles anciennes.

Nous aurions voulu connaître l'état de la réaction de Wassermann chez ces malades, mais il était par trop délicat de leur demander de faire une prise de sang.

Dans bien des cas aussi, nous aurions désiré faire pratiquer un examen sérieux des oreilles au point de vue des fonctions auditive et vestibulaire, mais, le plus souvent, les malades, ont refusé. Quand on sait d'ailleurs le temps que nécessitent les divers examens ou épreuves, on hésite à faire perdre beaucoup de temps à des gens d'un milieu pauvre en général.

Classification des observations.

Nous publierons donc un total de 20 observations de malades ayant eu une kératite interstitielle, il y a au moins une quinzaine d'années. Sur ces 20 malades, il y a 12 femmes et 8 hommes. Pour bien montrer la différence qu'il y a entre l'avenir des femmes et celui des hommes touchés par cette affection, nous avons groupé les observations en deux catégories : les femmes et les hommes. Dans chaque catégorie, nous avons d'abord mis les observations des malades dont nous avons pu faire l'examen des yeux dans un centre ophthalmologique, mettant à la fin les observations des malades vus uniquement à leur domicile dans des conditions évidemment bien moins satisfaisantes.

A. — Observations des femmes.

1° *Observations des malades examinées dans un centre ophtalmologique par M. le Professeur Beauvieux ou par nous.*

Toutes ces malades ont présenté des troubles du côté des oreilles, sauf celle de l'observation VIII, aussi avons-nous placé cette dernière à la fin. La liste de cette série d'observations est la suivante : observations VII, X, XI, XIV, XV, XVII, XIX, XX et VIII.

OBSERVATION VII (Personnelle).

F... (Marguerite), 40 ans. Vint la première fois à la consultation de M. le Professeur Lagrange, le 12 octobre 1906, à l'âge de 41 ans 1/2, pour une kératite interstitielle.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort à la suite d'un accident. La mère n'a jamais eu de fausse couche.

Antécédents collatéraux : Un frère vivant n'ayant jamais eu de kératite interstitielle. Un frère et une sœur morts en bas âge, pour des raisons indéterminées.

Antécédents personnels. — La malade est née avant terme à 8 mois. Pendant cette grossesse, sa mère a présenté des épistaxis répétés qui l'ont obligée à rester, dit-elle, quatre à cinq mois à l'hôpital.

En 1920, la malade a eu une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Le 3 novembre 1932, la malade vint à la consultation de M. le Professeur Teulière pour un phlegmon du sac lacrymal gauche. Après un traitement chirurgical, la malade sortit de l'hôpital le 16 novembre 1932. Elle revint en février 1933 pour subir une dacryocystectomie.

HISTOIRE DE LA MALADE : Au point de vue des yeux. — Les deux cornées ont été atteintes en même temps. La malade est rentrée à l'Hôpital des Enfants dans le service de M. le Professeur La-

grange où elle serait restée environ huit mois. Elle n'aurait pu distinguer que la lueur du jour pendant cinq ou six mois. Comme traitement, on lui faisait des injections sous-conjonctivales et on lui instillait des gouttes d'un collyre au sulfate d'atropine. Au point de vue traitement général, on lui aurait fait des séries d'injections intraveineuses et intramusculaires. En sortant de l'hôpital, la malade aurait eu une acuité visuelle encore très faible. Elle revint à la consultation de M. le Professeur Lagrange deux fois au cours de l'année 1908.

La malade fut traitée encore avec des injections intramusculaires et intraveineuses pendant quatre ou cinq ans, après sa sortie de l'hôpital. A la fin, elle voyait suffisamment pour lire. Depuis, elle n'a jamais été soignée, et elle n'a jamais présenté de nouvelle poussée de kératite interstitielle.

Au point de vue des oreilles. — A la fin de son premier séjour à l'hôpital, la malade est devenue sourde. Elle n'a jamais eu d'écoulement par le conduit auditif externe et elle n'a jamais souffert. Elle entendait des bruits de cloche. Au bout de quatre ou cinq ans, peut-être sous l'influence du traitement spécifique qu'on lui fit à cette époque, elle entendit mieux, mais sa surdité empire depuis environ trois ans, et des vertiges sont apparus avec céphalée et nausées.

Au point de vue des os et des articulations. — La malade n'a jamais rien présenté de ce côté-là, à part la crise de rhumatisme articulaire aigu déjà signalée.

Au point de vue des dents. — Depuis de nombreuses années, la malade présente de la carie au niveau des molaires.

Au point de vue de l'appareil génital. — La malade, réglée à 12 ans, l'a toujours été régulièrement depuis.

ETAT ACTUEL : *Etat général.* — La malade semble bien portante.

Etat des os et des articulations. — Présence d'une voûte palatine ogivale.

Etat des dents. — Les dents sont irrégulièrement plantées, et de nombreuses molaires sont cariées.

Etat des oreilles. — Surdité à peu près totale, vertiges s'accompagnant de céphalée et de nausées.

La malade est incapable de se tenir sur un pied, surtout les yeux fermés.

Examen du système nerveux. — Présence de réflexes rotuliens vifs.

Examen des yeux. — Albugo central sur les deux cornées.

Pupilles régulières réagissant à la lumière et à l'accommodation.

Pas de strabisme ni nystagmus.

Astigmatisme cornéen : O.D.G. = ± 1 conforme à la règle.

Etat de la réfraction : O.D.G. = — 5 dioptries.

Acuté visuelle : O.D.G. = 6/10.

Examen du fond de l'œil :

O.G. : Impossible à voir.

O.D. : Pas de lésion apparente.

Aptitudes sociales et descendants. — La malade n'exerce aucun métier; mariée, elle n'a jamais fait de fausse couche. Elle a eu deux enfants âgés actuellement de 18 et 15 ans. L'aîné, une fille, est myope. Aucun des deux enfants n'a présenté de kératite interstitielle.

OBSERVATION X (Personnelle).

B... (Louise), 42 ans. Vint la première fois à la consultation de M. le Professeur Lagrange, le 2 août 1907, pour une atteinte de kératite interstitielle à l'âge de 13 ans 1/2.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Le père, âgé de 74 ans, a fait plusieurs séjours à l'Hôpital Saint-André pour une maladie d'Hogson avec réaction de Wassermann positive. Il a présenté aussi des crises de delirium tremens.

La mère est morte en 1931, à l'âge de 65 ans, d'une tuberculose pulmonaire. Il est impossible de savoir si elle a eu des fausses couches. Elle n'a eu que deux jumelles : l'une est la malade et l'autre est morte dans la première enfance d'une affection indéterminée.

Antécédents personnels. — Vers 12 ans, le radius s'est infléchi d'une façon très nette sans aucune manifestation douloureuse.

HISTOIRE DE LA MALADIE : Au point de vue des yeux. — Le début de la kératite interstitielle coïncide avec un arrêt des règles et avec des troubles ostéo-articulaires au niveau des genoux (la malade fut radiographiée pour cela). Un médecin, après avoir soigné la malade un mois, l'envoya à la consultation de M. le Professeur Lagrange. Elle fut hospitalisée cinq mois, au cours desquels elle aurait subi divers traitements impossibles à préciser, en particulier des injections sous-conjonctivales.

A sa sortie de l'hôpital, la malade commença à retrouver l'usage de ses yeux. Cette amélioration s'est accentuée après trois mois en même temps que réapparaissaient les règles, précédemment interrompues. Un médecin suivit la malade encore quelques années. L'état des yeux était alors assez satisfaisant.

En 1915, à l'âge de 21 ans, elle reçut une petite pierre sur la cornée gauche. La malade fut alors soignée par M. le Docteur Picquot, qui aurait fait le diagnostic d'atrophie de l'œil gauche. Depuis, une taie très nette existe sur la cornée gauche.

En 1925, à 31 ans, la malade, souffrant des yeux, alla consulter M. le Professeur Beauvieux, qui lui prescrivit un collyre au sulfate d'atropine. La malade a encore recours à ce collyre de temps en temps.

Au point de vue des oreilles. — Dix-huit ans après le début de la kératite interstitielle, la malade présenta une surdité bilatérale progressive avec des bourdonnements d'oreilles de temps en temps. Elle a, depuis quelques années, des vertiges avec impression de chute, sans toutefois être jamais tombée.

Au point de vue des dents. — La malade a conservé ses premières dents jusqu'à l'âge de 15 ans.

Elle a toujours eu de mauvaises dents.

Au point de vue des os et articulations. — La malade n'a rien présenté d'anormal en dehors de la courbure prononcée du radius gauche.

Au point de vue de l'appareil génital. — La malade, réglée à 11 ans, n'a plus rien présenté d'anormal depuis sa kératite interstitielle.

ETAT ACTUEL : *Etat général.* — La malade semble bien portante.

Etat des os et des articulations. — Présence d'une voûte palatine ogivale; le radius gauche présente une inflexion très nette sur son axe longitudinal.

Etat des dents. — Les dents sont irrégulièrement plantées et présentent une forme irrégulière non caractéristique. De nombreuses molaires sont cariées.

Examen du système nerveux. — Réflexes rotuliens vifs et présence de réflexes ostéo-périostés et sus-rotuliens.

Etat des oreilles. — L'acuité auditive semble légèrement diminuée pour les deux oreilles.

Dans la position à cloche-pied, la malade est incapable de rester debout, même les yeux ouverts. Sa démarche est sinueuse.

Examen des yeux. — Albugo central sur les deux cornées, mais plus marquée à gauche qu'à droite.

Pupilles :

O.D. : Régulière, réagissant à la lumière et à l'accommodation;

O.G. : Séclusion pupillaire.

Pas de nystagmus. L'œil gauche présente un strabisme divergent du à l'amblyopie.

Au niveau de l'œil droit, on constate la présence d'une irido-cyclite chronique, et au niveau de l'œil gauche, en plus de la séclusion pupillaire, une irido-choroïdite avec cataracte et atrophie de l'œil. La taie de l'œil gauche semble en partie due au traumatisme.

Astigmatisme cornéen O.D.G. : Astigmatisme irrégulier.

Etat de la réfraction :

O.D. = (0° — 1) — 5,5 d.;

O.G. : Non mesurable.

Acuité visuelle après correction de la myopie : O.D. = 2/10.

Examen du fond de l'œil O.D.G. : Impossible à voir.

Aptitudes sociales. — La malade tient un magasin de bric-à-brac. Elle n'est pas mariée. Elle n'a pas eu d'enfant et n'a jamais fait de fausse couche.

OBSERVATION XI (Personnelle).

D... (Fernande), 38 ans. Vint la première fois à la consultation de M. le Docteur Cabannes, le 22 janvier 1909, à l'âge de 12 ans, pour une kératite interstitielle. Il n'y a pas d'observation de cette époque, mais la malade alla au mois d'octobre 1911 à la consultation de M. le Docteur Cabannes à son cabinet. L'observation suivante fut prise à ce moment. Nous l'avons trouvée dans la thèse de Brunet :

« Fernande D..., 14 ans 1/2, vient à la consultation de M. le Docteur Cabannes au mois d'octobre 1911, atteinte de kératite interstitielle double.

» *Antécédents héréditaires.* — La mère et le père avouent la syphilis. La mère a eu, il y a peu de temps, au niveau de la jambe droite, des manifestations syphilitiques. Elle a fait 5 fausses couches. Le sujet est le résultat de la sixième grossesse.

» *Antécédents personnels.* — N'est pas née à terme, mais à 8 mois. Elle a fait, peu de temps après sa naissance, des éruptions lessières, que l'on traita par des frictions mercurielles. Elle fit aussi une scarlatine et présenta du coryza chronique, des croûtes un peu partout sur la figure. On n'observe pas de rhagades ni de cicatrices quelconques, mais le nez est déprimé à la base, et on peut constater la présence de la dent d'Hutchinson.

» *Histoire de la maladie.* — Nous n'avons pas vu la malade au début de son affection. Celle-ci commença à 12 ans. La mère ne peut nous donner de détails, car elle ne se rappelle pas. Jusqu'à l'âge de 14 ans, on traita cette petite fille exclusivement par le sirop de Gibert et l'huile de foie de morue, mais à l'âge de 14 ans survint une récidue. L'œil gauche, qui était d'abord seul pris, ne s'améliorait guère, et l'œil droit devint malade à son tour. A ce moment, le sujet n'y voyait même pas pour se conduire. Le maximum de lésions, quand l'enfant se présenta au cabinet de M. le Docteur Cabannes, portait surtout sur la cornée, qui était très petite (microcornée manifeste). Opacité grise, un peu jaunâtre, occupant la totalité de la membrane et surtout prononcée dans les parties centrales. Pas de liséré périphérique de cornée saine. Cel-

le-ci était aplatie, on ne voyait pas l'iris; l'œil avait une tension normale.

» O.D.v. = Perceptions lumineuses très vagues.

» La cornée gauche avec une opacité moins marquée.

» O.G.v. = Comptait les doigts à 0 m. 50.

» *Traitement.* — On lui fit une première série d'injections de benzoate de mercure au nombre de 12 du 4 au 18 octobre. Il est remarquable que la mère a constaté une amélioration dès la première injection. Les douleurs que l'enfant ressentait au niveau de l'œil droit ont presque immédiatement disparu. Après les doigts, elle voyait pour se conduire. Onze autres injections furent faites du 25 octobre au 10 novembre. Dix autres du 23 novembre au 3 décembre. Il y a amélioration considérable depuis le commencement des piqûres. La mère de la malade déclare que sa fille est mieux réglée, qu'elle a plus d'énergie, que son état général est bien plus satisfaisant, et qu'elle a considérablement augmenté de poids. L'œil droit, pris le dernier, s'est considérablement éclairci; l'œil gauche, malade depuis longtemps, n'a pas été plus réfractaire.

» Acuité visuelle : O.D.G. v = $1/10$. »

Depuis, la malade a pris assez régulièrement du sirop de Gibert deux fois par an pendant de nombreuses années.

A l'âge de 30 ans, la malade est allée à la consultation de M. le Professeur Lagrange pour avoir des verres. Les seuls renseignements trouvés sur le registre des consultations à la date du 3 décembre 1927 sont les suivants : Strabisme interne, taie de la cornée. On prescrivit des verres concaves d'environ — 10 dioptries pour les deux yeux. Depuis, la malade n'a plus jamais fait examiner ses yeux.

Depuis quelques années, la malade n'entend pas bien de l'oreille gauche. Elle n'a jamais souffert. Elle a des bourdonnements à timbre grave.

La malade a eu, en 1931, une crise de rhumatisme articulaire aigu qui a cédé rapidement à un traitement salicylé. Depuis, elle a eu trois autres crises dont l'intensité est allée en décroissant.

Depuis longtemps, la malade a une métrite.

Depuis l'âge de 20 ans environ, la malade a présenté de la carie dentaire au niveau des molaires.

ETAT ACTUEL : *État général.* — Assez bon, mais la malade semble avoir plus de 38 ans.

Examen du système nerveux. — Absolument rien à signaler.

Examen des dents. — Les incisives médianes supérieures sont irrégulières, mais on ne peut plus dire que ce sont des dents d'Hutchinson. De nombreuses molaires sont cariées, et cinq sont absentes.

Examen des os. — Voûte palatine ogivale.

Examen des oreilles. — L'acuité auditive de l'oreille gauche est nettement diminuée, celle de l'oreille droite semble normale. Les labyrinthes semblent normaux. Donc obstruction tubaire gauche très probable.

Examen des yeux. — Albugo central sur les deux cornées, plus marqué à gauche. De plus, la cornée gauche présente un gérontoxon typique.

Les pupilles sont régulières et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Pas nystagmus, pas de strabisme.

Astigmatisme cornéen :

O.D.G. = ± 3 d. contraire à la règle.

Etat de la réfraction :

O.D. = $(45^\circ - 3) - 10$ d.

O.G. = Non améliorable.

Acuité visuelle après correction :

O.D.v = 1/10.

O.G.v = 1/20.

Examen du fond de l'œil :

O.D. : Absence de lésion apparente.

O.G. : Chorôidite disséminée.

Aptitudes sociales. — La malade aide son mari à tenir une petite droguerie. La malade s'est mariée, en effet, il y a treize ans. Elle n'a jamais eu de fausse couche.

Descendants. — La malade n'a eu qu'une fille, âgée actuellement de 12 ans. Celle-ci semble très bien portante, elle n'a jamais rien eu aux yeux (ni kératite interstitielle, ni vice de réfraction).

OBSERVATION XIV (Personnelle).

V... (Marguerite), 39 ans, vint pour la première fois à la consultation de M. le Docteur Cabannes, le 13 février 1910, à l'âge de 14 ans, pour une atteinte de kératite interstitielle de l'œil gauche.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Le père est mort à l'âge de 52 ans accidentellement.

La mère a eu 14 grossesses dont 6 seulement sont arrivées à terme. Trois enfants sont morts dans la première enfance. La malade est l'aînée. Une fille et un fils, âgés respectivement de 36 ans et de 35 ans, viennent ensuite. Ils n'ont rien eu aux yeux.

Antécédents personnels. — La malade aurait présenté des signes de rachitisme vers l'âge de 10 ans. Elle a été soignée pour une rétention placentaire à l'âge de 20 ans.

On lui a fait, à l'âge de 33 ans, une hystérectomie.

Enfin, à 37 ans, elle a eu une pleurésie séro-fibrineuse.

HISTOIRE DE LA MALADE. — La malade serait venue se faire soigner à l'Hôpital des Enfants pendant six mois. Comme traitement : Pommades et gouttes d'un collyre au sulfate d'atropine. Il ne semble pas qu'on lui ait fait un traitement spécifique énergique. L'œil gauche fut seul atteint. Au bout de six mois environ, la kératite était à peu près guérie. A ce moment, l'acuité visuelle était sensiblement normale.

Jusqu'en 1930, la malade n'a plus jamais rien présenté de semblable au niveau des yeux. Mais, à ce moment, elle eut une nouvelle poussée de kératite interstitielle au niveau de l'œil gauche. Elle alla à la consultation de M. le Docteur Fromaget, qui nous a donné les renseignements suivants :

La malade a présenté à cette époque une nouvelle atteinte de kératite interstitielle accompagnée de symptômes de méningite spécifique et, malgré un traitement très énergique par le mer-

cure, il y eut apparition brusque de surdité par lésion de l'oreille interne. Cet état a cédé difficilement à un traitement arsenical. L'amélioration obtenue, très importante, apparut cependant précaire (apparition de vertiges labyrinthiques).

M. le Docteur Fromaget soigna la malade jusqu'en 1934, puis il l'envoya au Dispensaire Budin où elle fut soignée par M. le Docteur A. Petges, puis par M. le Docteur Cazenave, qui la traite encore actuellement. A ce dispensaire, la malade a reçu comme traitement 3 séries d'injections de bivatol en 1934, et en 1935 une série d'injections de sulfarsénol, une série de muthanol et enfin une série de Quinby.

Les dents ont toujours été en bon état.

Par ailleurs, rien à signaler.

ETAT ACTUEL : *Etat général.* — La malade semble dans un parfait état de santé.

Examen du système nerveux. — Les réflexes rotuliens sont normaux.

Examen des os et des articulations. — Nous n'avons rien trouvé d'anormal en dehors d'une voûte palatine ogivale.

Examen des dents. — Les dents sont régulières et en bon état.

Examen des oreilles et des labyrinthes. — Cet examen a été pratiqué dans le service de M. le Professeur Portmann, le 8 et le 12 novembre 1935 :

P.C.D. 0 2 3 4 5 O.D. = 20 cm. R.D. = — 40"

P.C.G. 0 0 2 4 5 O.G. = 20 cm. R.G. = — 15"

Weber indifférent.

Oreille droite : Tympan rétracté.

Oreille gauche : Tympan terne d'aspect scléreux.

Séméiologie vestibulaire : 1° Epreuve stato-cinétique :

	Yeux fermés.	Yeux ouverts.
Station sur deux pieds	néant	néant
Station sur le pied droit	néant	chute à droite.
Station sur le pied gauche	néant	ch. à gauche.
Station un pied l'un devant l'autre	néant	ch. à gauche.

Epreuve de la marche en étoile : déviation vers la droite en allant en avant et déviation vers la gauche en allant en arrière.

2° *Epreuves nystagmiques* :

a) Epreuve rotatoire :

Tête inclinée en avant de 30°, pas de réaction dans le sens +.

Tête inclinée en avant de 30°, pas de réaction dans le sens —.

b) Epreuve calorique : tête en AR. 60° :

Eau chaude 43° : O.D., après 2', durée 0; O.G., après 2', durée 0.

Eau froide 25° : O.D., après 2', durée 0; O.G., après 2', durée 0.

c) Epreuve pneumatique : La compression et la décompression n'amènent pas de réaction.

Le diagnostic porté fut le suivant : Labyrinthite bilatérale avec obstruction tubaire.

Examen des yeux. — Pas de strabisme ni de nystagmus. Les deux cornées ne présentent aucune taie.

Les pupilles sont régulières et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Astigmatisme cornéen :

O.D. = $\pm 0,5$ conforme à la règle.

O.G. = ± 1 conforme à la règle.

Etat de la réfraction : O.D.G. = + 1 d.

Acuité visuelle : O.D.G. v = 10/10.

Examen du fond de l'œil : O.D.G., aucune lésion apparente.

Examen de la lampe à fente :

O.D. : Rien à signaler.

O.G. : Présence de petites opacités dans les couches profondes de la cornée réparties dans toute l'étendue de la cornée. Une est plus importante que les autres. Absence de vaisseaux profonds.

Aptitudes sociales. — La malade ne fait que s'occuper de son ménage. Elle est mariée depuis vingt-trois ans; elle n'a jamais fait de fausse couche.

Descendants. — La malade n'a eu qu'un fils, qui est âgé de 22 ans. Au cours de son service militaire, on s'est aperçu qu'il était myope et astigmat. Il n'a jamais eu de kératite interstitielle. Un oncle du côté paternel est myope.

OBSERVATION XV (Personnelle).

P... (Hermine), 37 ans, vint la première fois à la consultation de M. le Docteur Cabannes, le 15 février 1910, à l'âge de 12 ans. Nous avons trouvé l'observation suivante dans la thèse de Brunet :

« Hermine P..., 12 ans, présente depuis quinze jours une infiltration interstitielle de la cornée droite principalement accusée au centre. Œil gauche intact. Le traitement mixte a été institué depuis huit jours seulement par le Docteur Cabannes.

» *Antécédents héréditaires.* — Mère morte d'emphysème à 38 ans. A eu 3 grossesses dont la première, accompagnée d'une fausse couche de 1 mois 1/2. La malade est la seconde des trois. Le père, interrogé avec soin, nie tout antécédent spécifique.

» *Antécédents personnels.* — Très grosse en naissant, Hermine P... a, deux mois après, maigri très rapidement sans cause pathologique bien probante. Depuis, santé très délicate, rachitisme, bronchites répétées. Aucune lésion tuberculeuse évidente. Malformation du crâne (front bombé, yeux enfoncés, voûte palatine ogivale). Dents saines. Rien aux articulations. Réaction de Wassermann positive. »

HISTOIRE DE LA MALADE. — La malade serait restée une quinzaine de jours à l'hôpital, puis elle aurait été soignée pendant un an avec du sirop de Gibert. La cornée présentait une taie légère pendant un an environ, puis disparut. La malade continua à prendre pendant des années de l'élixir Déret.

Elle commença à devenir sourde deux ans environ après la disparition de la taie. Ce n'est cependant qu'à l'âge de 28 ans que la malade se rendit à la consultation d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôpital Saint-André, où l'observation suivante fut prise le 21 décembre 1926 :

La malade vient pour une surdité bilatérale remontant à plusieurs années (deuxième enfance). L'oreille droite fut atteinte la première; la gauche a été gravement atteinte ces dernières années. La surdité s'aggrave au moment des règles.

En même temps que la surdité, se sont installés des bourdonne-

ments d'abord à droite, puis à gauche ces dernières années. Ils ont un caractère grave; ils sont constants avec exacerbations avant les règles. Douleurs au niveau du vertex : Sensations de tiraillement, de tête lourde.

Le 21 décembre 1926, la réaction de Wassermann est négative, cependant un traitement spécifique est institué.

L'examen vestibulaire qui suit a été fait quelques jours après.

Examen vestibulaire. — Pas de nystagmus spontané.

Epreuve rotatoire :

Sens positif : Pas de nystagmus.

Sens négatif : Pas de nystagmus.

Aucun trouble après l'épreuve rotatoire, ni nausées, ni vertiges.

Station sur les deux pieds :

Yeux ouverts : Normal;

Yeux fermés : Normal.

Station sur le pied droit :

Yeux ouverts : Chute à droite;

Yeux fermés : Chute à droite.

Station sur le pied gauche :

Yeux ouverts : Chute à gauche;

Yeux fermés : Chute à gauche.

Epreuve de la marche yeux fermés : Légère déviation à droite dans la marche en arrière et déviation à gauche dans la marche en avant.

Epreuve calorique eau froide :

Oreille droite : Après 1' d'irrigation, pas de nystagmus.

Oreille gauche : Après 30'' d'irrigation, quelques secousses nystagmiques. A ce moment, la malade a une sensation de chute à gauche.

M. le Professeur Portmann envoya la malade au dispensaire du cours d'Albret en prévenant qu'elle était atteinte de surdité bilatérale d'origine spécifique.

Au début de 1927, la malade, qui était soignée au dispensaire, avait une réaction de Wassermann négative. On essaya de faire

des injections de cyanure de mercure, mais dès la première, la malade présenta des phénomènes d'intolérance avec vomissements, diarrhée, sueurs froides et fourmillements dans les extrémités.

En janvier et février 1927, on fit à la malade une série d'injections de sulfarsénol qui furent bien supportées. Malgré le traitement, la malade ne ressentit aucune amélioration.

M. le Professeur Portmann, consulté, conseilla cependant de continuer. On fit alors à la malade une série d'injections de Quinby qui amena une amélioration de son état. Le traitement spécifique fut continué, mais ne sembla pas améliorer davantage la malade, car, le 26 mars 1928, un examen labyrinthique, fait par le Docteur Mailho, ne montra pas d'amélioration objective.

Le 22 mai, après un troisième examen labyrinthique, M. le Docteur Mailho prévint le dispensaire que l'on pouvait considérer un labyrinthe comme complètement détruit au point de vue fonctionnel, et que le traitement spécifique n'avait plus aucune chance d'améliorer désormais son audition.

Le traitement spécifique fut cependant continué, car la malade présenta à cette époque une récurrence de kératite interstitielle bilatérale. Envoyée à la consultation de M. le Professeur Teulière, la malade présentait, le 27 juillet 1928, une kératite interstitielle bilatérale à la troisième période. A ce moment, l'acuité visuelle de l'œil droit était de 1/20, tandis que celle de l'œil gauche était presque nulle.

On constata, de plus, un astigmatisme cornéen de :

O.D. = ± 1 contraire à la règle.

O.G. = ± 1 conforme à la règle.

Le traitement spécifique fut continué par des séries d'injections de sulfarsénol, et de cyanure de mercure, jusqu'au mois d'avril 1930. Pendant le reste de l'année 1930, le traitement consista surtout en séries d'injections de bivatol. Au début de l'année 1931, la malade se plaignit de nouveau de céphalée et de vertiges. Elle fut envoyée dans le service de M. le Professeur Portmann où on constata, le 16 janvier 1931, que la surdité s'était encore aggravée et que la malade recommençait à avoir des vertiges et de la céphalée.

Au cours de l'année 1931, la malade fut soignée par M. le Docteur Le Coulant, mais elle revint au dispensaire à partir du mois d'octobre et on lui fit une série d'injections d'arsaminol. A partir de 1932, la malade s'est fait soigner par M. le Docteur de Boucaud, mais pendant quelques mois seulement. Par la suite, la malade renonça à tout traitement.

Au point de vue des dents. — La malade a toujours eu des dents en bon état.

Elle ne signale rien d'anormal du côté des os et des articulations. Depuis quelques années elle a des règles très abondantes.

ETAT ACTUEL : *Etat général.* — Bon.

Examen du système nerveux. — Présence de réflexes rotuliens un peu vifs.

Examen des os, des articulations et des dents. — Tout semble absolument normal, sauf une voûte palatine légèrement ogivale.

Examen des yeux. — La cornée droite présente un néphélium qui n'est pas tout à fait central et n'est qu'en partie prépuillaire.

La cornée gauche présente un albugo central.

Les deux cornées présentent un gérontoxon typique.

La pupille gauche est régulière et réagit bien à la lumière et à l'accommodation. La pupille droite est un peu irrégulière et réagit mal à la lumière en raison d'une synéchie postérieure à 5 heures.

Pas de strabisme ni de nystagmus.

Astigmatisme cornéen :

O.D. = ± 3 contraire à la règle.

O.G. = ± 3 conforme à la règle.

Etat de la réfraction :

O.D. = $(90^\circ - - 1) - 5$ d.;

O.G. = $- 5$ d.

Acuité visuelle après correction :

O.D. v = 8/10;

O.G. v = 4/10.

Examen du fond de l'œil : O.D.G. : Lésion de chorio-rétinite maculaire. Il est impossible de voir la rétine périphérique à cause de la taie.

Examen à la lampe à fente : O.D.G. : Opacités non caractéristiques siégeant dans les couches profondes de la cornée. La cornée droite présente cependant des vaisseaux profonds dans le segment temporal.

Aptitudes sociales. — La malade peut exercer la profession de dactylo-comptable. Elle n'est pas mariée et n'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche.

OBSERVATION XVII (Personnelle).

J... (Jeanne), 41 ans, vint pour la première fois à la consultation de M. le Professeur Lagrange, le 1^{er} mai 1914, à l'âge de 19 ans, pour une atteinte de kératite interstitielle de l'œil gauche.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort de péritonite à 37 ans. La mère, âgée de 67 ans, est bien portante. Son médecin nous a appris qu'elle était syphilitique. Elle n'aurait pas eu de fausse couche.

Antécédents collatéraux. — La malade a eu 3 sœurs; la première est morte du choléra infantile à 8 mois; la seconde est morte quelques instants après la naissance; la troisième est morte à 12 ans d'une congestion pulmonaire.

Antécédents personnels. — La malade est la troisième; elle est née à terme. Elle n'a rien présenté d'anormal dans la première enfance. Elle a été opérée des végétations à 4 ans. Par la suite, elle eut la rougeole, la scarlatine et la coqueluche.

HISTOIRE DE LA MALADE. — A l'âge de 13 ans, la malade présentait une atteinte de kératite interstitielle au niveau de l'œil droit. Elle fut soignée à la Clinique Paul-Bert par M. le Docteur Piquot pendant un an environ. Ce dernier fit un traitement spécifique à base de mercure. Au bout d'un an, l'amélioration était très considérable, mais une taie persista; tout traitement fut cessé par la suite.

Cinq ans après, la malade présentait une poussée de kératite interstitielle au niveau de l'œil gauche. C'est à cette époque que la malade vint à la consultation de M. le Professeur Lagrange, à l'Hôpital Saint-André. La malade fut hospitalisée dans son service du 1^{er} mai au 19 juin 1914. On lui fit, pendant ce séjour, des injections de novarsénobenzol.

Après ce premier séjour à l'hôpital, la malade revint du 20 août au 9 septembre 1914, puis du 1^{er} au 15 décembre 1914, enfin, du 18 juin au 13 juillet 1915. Au cours de ces quatre passages à l'hôpital, la malade fut opérée par M. le Docteur Delorme, qui lui fit une iridectomie bilatérale; il nous a été impossible de savoir à quels moments la malade avait subi ces opérations. Par la suite, la malade fut traitée avec des injections intraveineuses et intramusculaires de produits dont nous n'avons pu connaître la nature exacte.

Au bout de quatre ans, l'amélioration était très nette malgré la persistance de taies sur les yeux. Depuis, la malade n'a jamais présenté de nouvelle atteinte de kératite interstitielle.

En 1923, à l'âge de 28 ans, la malade devint sourde. Cette surdité s'accompagna de bourdonnements de céphalée et de vertiges. Elle ne s'est jamais accompagnée d'écoulement par le conduit auditif externe. La malade se fit soigner par M. le Docteur David-Chaussé pendant un an. Les deux oreilles semblent avoir été atteintes en même temps.

Depuis cette époque, la malade n'a plus jamais été soignée.

La malade aurait présenté une stomatite mercurielle qui provoqua la chute de 3 dents. Il ne semble pas que la malade ait présenté de bonne heure de la carie dentaire.

Au point de vue des os et des articulations, rien à signaler.

ETAT ACTUEL : Etat général. — Bon.

Examen du système nerveux. — Les réflexes rotuliens sont très vifs avec même présence de réflexes ostéo-périostés.

Examen des os et des articulations. — Rien à signaler en dehors d'une voûte palatine ogivale.

Examen des dents. — Quatre molaires sont absentes, les dents qui restent sont en bon état.

Examen des oreilles. — Surdité partielle des deux oreilles.

La malade a des vertiges s'accompagnant de céphalée et de nausées. Elle est incapable de se tenir sur un seul pied, même les yeux ouverts. Diagnostic : labyrinthite bilatérale probable.

Examen des yeux. — Leucome central sur les deux cornées, mais celui de droite est plus marqué que l'autre. On voit la trace des deux iridectomies faites en 1915. Des deux côtés, l'iris réagit à la lumière et à l'accommodation.

Absence de strabisme et de nystagmus spontané.

Etat de la réfraction : O.D.G. = + 1 d;

Acuité visuelle :

O.D.v = 2/10;

O.G.v = 3/10.

Examen du fond de l'œil : O.D.G. : Absence de lésions apparentes.

Aptitudes sociales. — La malade est femme de journée. Elle ne s'est pas mariée, n'a jamais eu de fausse couche ni d'enfant.

OBSERVATION XIX (Personnelle).

J... (Berthe), 33 ans, entra à 18 ans dans le service de M. le Professeur Lagrange, le 29 septembre 1920, pour une atteinte de kératite interstitielle de l'œil gauche.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Le père est mort à la guerre. La mère, âgée de 58 ans, n'aurait jamais eu de fausse couche. Elle a eu 5 fils et 4 filles, âgés respectivement de 35 ans, 33 ans, 32 ans, 30 ans, 28 ans, 27 ans, 26 ans, 22 ans et une fille morte à un mois. Tous ceux qui sont vivants sont bien portants et n'ont pas eu de kératite interstitielle en dehors de la malade.

Antécédents personnels. — Rien à signaler dans la première enfance. La malade a eu : la rougeole, la coqueluche et les oreillons. Elle a une métro-annexite depuis six ans. En 1932, elle est passée dans le service de M. le Professeur Guyot pour une grossesse douloureuse due à cette métro-annexite.

La malade est venue à la consultation de M. le Professeur Teulières, le 10 juillet 1931, pour une kératite traumatique de l'œil droit. Celle-ci était guérie au bout d'une dizaine de jours, mais une taie légère persista par la suite.

HISTOIRE DE LA MALADE : Au point de vue des yeux. — La malade présenta une première atteinte de kératite interstitielle bilatérale à l'âge de 4 ans, en 1906. Ses parents, qui habitaient alors dans la Meuse, la firent soigner pendant six à sept mois dans une cli-

nique, où ils la menaient deux fois par semaine. La malade aurait eu, par la suite, une acuité visuelle assez défectueuse pour l'empêcher d'aller à l'école jusqu'à 8 ans.

A l'âge de 11 ans, la malade présenta une nouvelle atteinte de kératite interstitielle au niveau de l'œil gauche. La malade fut soignée pendant un an environ, mais assez irrégulièrement, car à la fin elle se trouvait en territoire envahi. Elle fut soignée par des médecins allemands.

A l'âge de 15 ans, la malade eut une nouvelle poussée au niveau de l'œil gauche. Elle se trouvait alors à Bordeaux. Elle alla à la consultation de M. le Docteur Delorme, qui la fit entrer à l'Hôpital des Enfants. Comme traitement, on lui aurait fait des injections sous-conjonctivales, et intraveineuses, de nature indéterminée. Au bout de deux mois et demi, la malade quitta l'hôpital très améliorée.

Enfin, à 18 ans, la malade présenta une nouvelle poussée de kératite interstitielle de l'œil gauche. Elle fut soignée à cette époque par M. le Professeur Lagrange, à l'Hôpital Saint-André, où elle fit un séjour du 29 septembre au 7 octobre 1920. Par la suite, le traitement fut continué encore quelques mois.

Au point de vue des oreilles. — La malade a des bourdonnements de timbre grave du côté gauche. Ceux-ci existeraient depuis une dizaine d'années, ainsi qu'une surdité partielle. La malade n'a jamais eu d'écoulement.

Au point de vue des os. — Rien à signaler.

Au point de vue des dents. — La malade n'a commencé à avoir la carie dentaire que depuis deux ans.

ETAT ACTUEL : *Etat général.* — Bon.

Examen du système nerveux. — Les réflexes rotuliens sont normaux.

Examen des os. — Absolument rien à signaler.

Examen des dents. — Les dents sont régulières. Sauf 2 molaires, toutes les dents sont en très bon état.

Examen des oreilles. — L'acuité auditive de l'oreille gauche est nettement diminuée. Les labyrinthes semblent absolument normaux. La malade paraît donc avoir une obstruction tubaire gauche.

Examen des yeux. — La cornée droite présente un néphélion central assez petit. Il semble d'origine traumatique. Les pupilles sont régulières et égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. Absence de strabisme et de nystagmus.

Astigmatisme cornéen :

O.D. = $\pm 0,5$ d. conforme à la règle;

O.G. = $\pm 1,5$ d. conforme à la règle.

Etat de la réfraction :

O.D. = + 1,5 d.;

O.G. = $(90^\circ + 1) + 1$ d.

Acuité visuelle :

O.D.v = 8/10;

O.G.v = 10/10.

Examen du fond de l'œil : Pas de lésion apparente des deux côtés.

Examen de la lampe à fente :

O.D. : Opacités légères dans les couches profondes de la cornée, et dans toute son étendue. Au centre, les opacités sont plus marquées et ont des formes arrondies. Quelques vaisseaux visibles.

O.G. : Opacités très légères, quelques vaisseaux dans la région limbique.

Iris O.D.G. : Anneau pigmentaire très net autour de la pupille.

Aptitudes sociales. — La malade s'occupe de son ménage; elle s'est mariée en 1920.

Descendants. — La malade a eu 8 grossesses : 6 sont arrivées à terme, l'avant-dernière s'est terminée par une fausse couche de deux mois. Elle semble due à la métrite de la malade. Celle-ci fit d'ailleurs un séjour à Canolle, où on ne pensa pas du tout à une origine spécifique. La malade est actuellement enceinte pour la huitième fois.

Nous avons trouvé 5 enfants vivants, âgés respectivement de

14 ans, 11 ans, 9 ans, 6 ans et 3 ans. Aucun n'a présenté d'atteinte de kératite interstitielle, et tous semblent avoir une acuité visuelle normale. Un enfant est mort à 6 mois de choléra infantile.

OBSERVATION XX (Personnelle).

M... Louise), 48 ans, vint le 14 novembre 1935 à la consultation du Dispensaire Saint-Seurin pour une surdité bilatérale progressive remontant à huit ans.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Le père est mort jeune, l'année de la naissance de la malade, à la suite d'un refroidissement.

La mère est morte à 42 ans d'une affection indéterminée. Il est impossible de savoir si elle a eu des fausses couches. La malade est fille unique.

Antécédents personnels. — A 6 ans, la malade a présenté un écoulement légèrement purulent par le conduit auditif externe gauche. Elle n'aurait jamais souffert, et au bout d'un an, sans traitement, cet écoulement se serait arrêté de lui-même.

Elle a eu une fluxion de poitrine à 8 ans.

Depuis l'âge de 24 ans, la malade présente un ulcère de l'estomac s'accompagnant d'hématémèses assez fréquentes.

Elle a eu la coqueluche à 38 ans.

Il y a un mois et demi, la malade a présenté un hygroma suppuré du genou, qui a été soigné pendant trois semaines, au Dispensaire Saint-Seurin, par M. le Docteur Cazenave. Il a guéri facilement.

HISTOIRE DE LA MALADE : Au point de vue des yeux. — En 1902, à l'âge de 15 ans, après une chute, la malade présenta une kératite interstitielle au niveau de l'œil gauche, suivie bientôt d'une atteinte de l'œil droit. Dès le début de l'affection, la malade aurait vu ses règles s'arrêter, pour ne réapparaître que huit mois après. La malade fut amenée par sa mère à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, où elle resta un an dans le service de M. le Docteur de Demica. Ce dernier aurait porté le diagnostic de kératite interstitielle hérédo-syphilitique. Pendant quatre mois, la malade n'aurait pu se conduire elle-même.

Après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, la malade fut soignée encore pendant un an. Il nous a été impossible de savoir quel avait été le traitement exact. Par la suite, la malade aurait été vue de temps en temps par M. le Docteur de Demica, jusqu'en 1914. Depuis, elle n'a plus jamais été soignée.

Au point de vue des oreilles. — Depuis 1928, la malade présente une surdité progressive avec des bourdonnements à timbre grave qui ressemblent au bruit de la mer. Il n'y a jamais eu d'écoulement. La malade a fréquemment de la céphalée. Il ne semble pas qu'elle ait des vertiges; elle raconte simplement que, depuis 1928, elle aurait eu assez souvent des faiblesses, sans perte de connaissance le plus souvent.

Au point de vue des os. — La malade ne signale rien.

Au point de vue des dents. — Jusqu'à l'âge de 25 ans, les dents de la malade auraient été dans un état satisfaisant; mais, depuis qu'elle souffre de l'estomac, de nombreuses dents se sont cariées.

ETAT ACTUEL : Etat général. — La malade paraît avoir nettement plus que son âge. Elle est assez maigre.

Examen du système nerveux. — Les réflexes rotuliens sont très vifs.

Examen des os. — Rien à signaler.

Examen des dents. — Les incisives et les canines sont normales. Presque toutes les molaires sont cariées ou absentes.

Examen des oreilles. — Examen fait dans le service de M. le Professeur Portmann :

P.C.D. 0 0 0 0 0 O.D. contact R.D. = — 20''

Weber vers la gauche.

P.C.G. 0 0 0 0 5 O.G. contact R.G. = — 20''.

Otoscopie : O.D.G. : Tympan très rétracté en avant du manche du marteau. Ligaments tympano-malléolaires très saillants.

Romberg négatif sur un pied.

Diagnostic porté : Labyrinthite bilatérale et obstruction tubaire.

Examen des yeux. — Absence de strabisme et de nystagmus spontané.

O.D.G. : Microcornée. Leucome adhérent central, surtout marqué à gauche, mais moins étendu qu'à droite. Opacité de la cornée siégeant à la partie supérieure et rappelant un peu le gérontoxon.

Les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Astigmatisme cornéen : O.D.G. : Astigmatisme irrégulier.

Etat de la réfraction : Myopie très probable des deux yeux non améliorable.

Acuité visuelle :

O.D. v = compte les doigts à 2 mètres.

O.G. v = compte les doigts à 3 m. 50.

Examen du fond de l'œil : O.D.G. : Fond de l'œil inéclairable.

Examen de la lampe à fente :

O.D. : Opacités dans les couches moyennes de la cornée, surtout marquées au centre et à la partie inférieure. Très nombreux vaisseaux profonds. Synéchie antérieure à 6 heures. Dépôt pigmentaire sur la face postérieure de la cornée, à 7 et 8 heures.

O.G. : Opacités comme à droite, surtout marquées au centre. Vaisseaux profonds moins nombreux qu'à droite. Dépôt pigmentaire sur la face postérieure de la cornée à 7 heures. Synéchie antérieure à 6 heures.

Aptitudes sociales. — La malade était femme de ménage, mais elle aurait dû cesser tout travail à cause de son mauvais état général. Elle s'est mariée deux fois; elle n'a jamais eu de fausse couche.

Descendants. — De son premier mariage, la malade a eu une fille, âgée actuellement de 29 ans, qui n'aurait pas une très bonne santé, et un fils, âgé actuellement de 23 ans, bien portant. Ni l'un ni l'autre n'ont eu de kératite interstitielle et n'ont eu à se plaindre des yeux au point de vue acuité.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

M... (Lydie), 33 ans, vient pour la première fois à la consultation de M. le Professeur Lagrange, le 6 avril 1907, à l'âge de 4 ans 1/2, pour une atteinte de kératite interstitielle.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Le père, mort à 50 ans, était syphilitique.

La mère, en assez bonne santé, a contracté la syphilis avec son mari. Elle a eu 4 grossesses. La première se termina par une fausse couche. Puis vinrent 3 enfants : un fils mort à 18 jours de choléra infantile, la malade, et enfin un fils âgé actuellement de 14 ans 1/2, qui est hypermétrope et astigmaté des deux yeux.

Antécédents personnels. — La malade est née à terme. Elle ne présentait rien d'anormal à la naissance. Elle aurait eu une coxalgie gauche à 3 ans et serait restée dans des appareils plâtrés pendant deux ans et demi. Cependant, très rapidement après la guérison, la malade put marcher sans ankylose de la hanche.

La malade aurait été de santé très fragile pendant l'enfance. Elle a eu la rougeole. Celle-ci se compliqua d'une broncho-pneumonie.

Depuis cinq ans, la malade est soignée pour une métro-annexite.

HISTOIRE DE LA MALADE : Au point de vue des yeux. — La malade fut atteinte d'une kératite bilatérale dès le début. Celle-ci n'aurait duré que deux mois environ. Le traitement fut le suivant : collyres au sulfate d'atropine et sirop de Gibert.

L'année d'après, vers le mois d'avril, la malade fit une poussée de kératite interstitielle bilatérale, qui dura à peu près autant de temps. Enfin, elle eut une troisième poussée l'année suivante, vers le mois de mai. Cette dernière atteinte ne semble pas avoir été plus grave que les deux précédentes.

Depuis, la malade n'a plus jamais eu de kératite interstitielle. Elle porte des lunettes pour voir de près, mais elle ne semble pas très bien les supporter.

Au point de vue des oreilles. — La malade n'a jamais eu à se plaindre sur ce point.

Au point de vue des os et des articulations. — La malade ne signale rien, en dehors de la coxalgie gauche.

Au point de vue des dents. — Depuis l'adolescence, la malade a présenté de la carie au niveau des molaires, dont 5 ont dû être arrachées.

ETAT ACTUEL : *Etat général.* — Bon.

Système nerveux. — Réflexes tendineux normaux.

Examen des os et des articulations. — Voûte palatine ogivale. Au niveau de l'articulation de la hanche gauche, l'ankylose est très peu marquée, car la malade peut obtenir une flexion de la cuisse de 90 degrés.

Examen des dents. — Les incisives sont de forme irrégulière. Les molaires ont presque toutes été plombées. Les 5 molaires absentes sont remplacées par des dents artificielles.

Examen des oreilles. — Acuité auditive normale pour les deux oreilles. Les labyrinthes semblent normaux.

Examen des yeux. — Pas de taie apparente.

Pupilles égales et régulières, réagissant à la lumière et à l'accommodation. Pas de strabisme ni de nystagmus.

Astigmatisme cornéen :

O.D. = ± 2 d. conforme à la règle;

O.G. = ± 1 d. conforme à la règle.

Etat de la réfraction :

O.D. = ($0^\circ - 1$) — 3 d.;

O.G. = ($0^\circ - 0,50$).

Acuité visuelle après correction :

O. D. v = 5/10;

O.G. v = 8/10.

Examen du fond d'œil : Pas de lésions apparentes.

Examen à la lampe à fente = O.D.G. : Opacités légères dans les couches profondes de la cornée. Vaisseaux profonds assez nombreux. Iris dégénéré.

Aptitudes sociales. — La malade, d'un milieu assez aisé, ne fait pas grand chose. Elle s'est mariée il y a sept ans. Elle n'a jamais eu de fausse couche ni d'enfant.

2° *Observations des malades examinées uniquement
à leur domicile..*

Aucune de ces malades n'a présenté de troubles auriculaires.

La liste de ces observations est la suivante : IV, XVI, XVIII.

OBSERVATION IV (Personnelle).

P... (Alice), 39 ans, vient pour la première fois à la consultation de M. le Professeur Lagrange, à l'âge de 8 ans, le 7 avril 1904, pour une atteinte de kératite interstitielle bilatérale.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Le père est mort à l'âge de 64 ans d'une péritonite après perforation intestinale.

La mère, actuellement âgée de 60 ans, est bien portante. Elle a eu plusieurs fausses couches, puis 4 grossesses, qui se terminèrent normalement. La malade est l'aînée. Les 3 autres enfants furent des filles, dont 2 sont vivantes : l'une a 37 ans, et l'autre 33 ans. Toutes les deux sont bien portantes et n'ont jamais eu de kératite interstitielle. La troisième fille est morte à 10 ans 1/2 pour une raison indéterminée.

Antécédents personnels. — La malade aurait été d'une santé fragile dans l'enfance. Elle a eu la coqueluche, la rougeole, la scarlatine, et le croup. Elle a été opérée pour des végétations adénoïdes.

A 20 ans, on lui ôta un polype du nez.

La malade a fréquemment des bronchites, et elle est atteinte d'emphysème pulmonaire depuis de nombreuses années.

Enfin elle a depuis longtemps une métro-annexite.

HISTOIRE DE LA MALADE : Au point de vue des yeux. — A l'âge de 8 ans, la malade a commencé à présenter une atteinte de kératite interstitielle de l'œil droit. L'œil gauche fut atteint à son tour quelques semaines après. La malade fut d'abord soignée par M. le Professeur Fromaget. Au bout de quelques mois, la famille, ne voyant pas d'amélioration, conduisit la malade à la consul-

tation de M. le Professeur Lagrange, à l'Hôpital des Enfants. Ce dernier prescrivit un traitement spécifique qui améliora l'état de la malade. Il aurait été continué d'une façon à peu près régulière pendant six ans.

A 14 ans, la malade aurait eu une acuité visuelle satisfaisante. On aurait essayé de lui faire porter des lunettes, mais elle ne s'en servit pas plus d'un an.

Depuis, la malade n'a jamais eu de nouvelle atteinte de kératite interstitielle.

Au point de vue des oreilles. — La malade, interrogée sur ce point, ne signale rien d'anormal.

Au point de vue des dents. — La malade a présenté très rapidement de la carie au niveau des molaires. La plupart de celles-ci ont dû être arrachées.

Au point de vue des os. — La malade n'a rien remarqué d'anormal.

ETAT ACTUEL : *Etat général.* — Assez bon.

Examen du système nerveux. — Rien à signaler.

Examen des os. — Rien d'anormal en dehors d'une voûte palatine ogivale.

Examen des oreilles. — La malade semble entendre normalement. Les labyrinthes semblent fonctionner comme il faut.

Examen des dents. — Les incisives et les canines sont régulières comme forme et comme position, mais toutes les molaires sont absentes ou cariées.

Examen des yeux. — Pas de taie apparente sur les cornées.

Pupilles régulières, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. Pas de strabisme ni de nystagmus spontané.

L'acuité visuelle semble diminuée pour les deux yeux.

Aptitudes sociales. — La malade est femme de journée. Elle s'est mariée deux fois. Elle n'a jamais eu de fausse couche.

Descendants. — De son premier mariage, elle a eu 2 fils. L'un est âgé de 18 ans, se porte bien et n'a jamais rien présenté d'anormal au niveau des yeux. L'autre est mort à 5 ans 1/2 de diphtérie.

OBSERVATION XVI (Personnelle).

D... (Suzanne), 34 ans, vint pour la première fois à la consultation de M. le Docteur Cabannes, à l'âge de 9 ans 1/2, le 12 janvier 1911, pour une atteinte de kératite interstitielle bilatérale.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Le père est mort à 70 ans d'une tumeur de la vessie.

La mère est morte à 54 ans d'une maladie de cœur. Elle n'aurait pas eu de fausse couche. Elle a eu 2 filles. La malade est l'aînée. La cadette, qui est âgée de 32 ans, a eu une kératite interstitielle à 18 ans. Nous n'avons malheureusement pu la voir.

Antécédents personnels. — La malade aurait eu une santé délicate dans la première enfance. Elle n'a fait ses premiers pas qu'à 23 mois.

Elle a eu les oreillons à 5 ans, la rougeole à 11 ans, et la coqueluche à 33 ans.

HISTOIRE DE LA MALADE : Au point de vue des yeux. — Sur le registre des consultations de M. le Docteur Cabannes, nous avons trouvé les quelques renseignements suivants :

12 janvier 1911 : Le début de la kératite interstitielle remonte à quinze jours. Lésions dentaires, mais pas de troubles auditifs ni articulaires.

Les deux yeux furent atteints à la fois. Le traitement fut le suivant : collyre au sulfate d'atropine et sirop de Gibert. Au bout de deux à trois mois, la malade était très améliorée, mais son acuité visuelle était moins bonne qu'auparavant. Il ne semble pas que le traitement ait été continué longtemps.

Quatorze ans après, en 1925, la malade présenta de nouveau une atteinte de kératite interstitielle de l'œil droit; puis, quelque temps après, de l'œil gauche. Elle fut soignée à cette époque par M. le Professeur Fromaget, qui lui fit prendre de l'élixir Déret. Cette atteinte de kératite interstitielle semble avoir été plus grave que la première, car elle dura environ sept mois. Cependant, aucune taie ne persista.

Depuis, la malade n'a plus jamais rien eu aux yeux.

Au point de vue des dents. — La malade a présenté assez précocement

cement de la carie au niveau des molaires; quelques-unes ont dû être arrachées.

Au point de vue des oreilles et des os. — La malade ne signale rien.

ETAT ACTUEL : Etat général. — Bon.

Examen du système nerveux. — Les réflexes rotuliens sont normaux.

Examen des os. — Présence d'une voûte palatine ogivale.

Examen des oreilles. — Acuité auditive normale. Les labyrinthes semblent normaux.

Examen des dents. — Nombreuses molaires cariées, 5 sont absentes. Les incisives sont d'une forme irrégulière et sont mal plantées.

Examen des yeux. — Pas de strabisme ni de nystagmus spontané. Pas de taie apparente.

Les pupilles sont régulières et réagissent à la lumière et à l'accommodation.

La malade semble myope, et l'acuité visuelle semble diminuée.

Aptitudes sociales. — La malade a été culottière. Elle est actuellement femme de chambre dans une clinique.

La malade est mariée depuis 1930. Elle n'a pas fait de fausse couche. Au cours de la seule grossesse qu'elle ait eue, elle alla à la consultation de Canolle, où M. le Professeur agrégé Péry lui conseilla d'aller voir M. le Professeur Petges à l'Hôpital du Tondu. Ce dernier fit faire à la malade 3 séries d'injections de sulfarsénol avant la fin de la grossesse. La réaction de Wassermann, positive au début du traitement, l'était encore peu avant l'accouchement. Elle fut aussi positive avec le sang du cordon, le 20 novembre 1931.

Descendants. — La malade accoucha d'un garçon pesant 2 kg. 960 à la naissance, absolument normal. Cet enfant, âgé de 4 ans, n'a pas eu de kératite interstitielle.

OBSERVATION XVIII (Personnelle).

E... (Célestine), 58 ans. La malade vint pour la première fois à la consultation de M. le Professeur Lagrange, à l'âge de 42 ans, en juillet 1919, pour une atteinte de kératite interstitielle bilatérale avec iritis.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Le père est mort en 1903, à l'âge de 66 ans, d'une tuberculose pulmonaire.

La mère est morte à 72 ans, en 1912, d'une affection de nature indéterminée. Elle a eu 7 grossesses. Les 4 premières se terminèrent par des fausses couches, puis naquirent successivement :

1° la malade;

2° une fille morte à 2 ans d'une affection indéterminée;

3° une fille, âgée actuellement de 49 ans, n'ayant pas eu de kératite interstitielle.

Antécédents personnels. — La malade est née à terme. Elle aurait été de santé délicate jusqu'à 7 ans. Elle a eu la rougeole à 10 ans. Elle a une métrite depuis une vingtaine d'années.

HISTOIRE DE LA MALADE. — A 42 ans, la malade présenta une poussée de kératite interstitielle au niveau de l'œil gauche. Celle-ci fut bientôt suivie d'une atteinte de l'œil droit. Un médecin, consulté, la fit aller à la consultation de M. le Professeur Lagrange. Sur les conseils de ce dernier, la malade entra dans son service. Elle y resta du 7 juillet au 9 septembre 1919. C'est à cette époque que fut porté le diagnostic de kératite interstitielle avec iritis. Au bout de trois à quatre mois, la malade aurait été très nettement améliorée, mais elle fit une première rechute à la fin de 1919 et une deuxième en février 1920. La guérison fut cette fois assez rapide, bien que l'on ait dû interrompre le traitement spécifique en raison de l'asthénie très marquée de la malade. Celle-ci nous a signalé que, dès le début de la kératite, ses règles s'étaient arrêtées, pour ne revenir que six mois plus tard. Après la guérison, deux taies persistaient sur les cornées, mais, après des bains d'eaux sulfureuses pris par la malade dans les Pyrénées, les cornées s'éclaircirent tout à fait. Depuis, la malade n'a plus jamais

présenté de poussée de kératite interstitielle. Il y a deux ans, elle s'est fait prescrire des verres pour un début de presbytie, semble-t-il.

Au point de vue des oreilles. — La malade ne s'est jamais plainte de surdité ou de vertiges.

Au point de vue des dents. — La malade aurait eu des dents cariées dès l'âge de 12 ans. 5 molaires ont dû être arrachées.

Au point de vue des os. — La malade n'a rien présenté d'anormal.

ETAT ACTUEL : *Etat général.* — Bon.

Système nerveux. — Les réflexes rotuliens sont vifs.

Examen des os. — Présence d'une voûte palatine ogivale.

Examen des dents. — Incisives médianes supérieures très écartées l'une de l'autre et se dirigeant en bas et en avant.

Incisives inférieures petites et irrégulières.

Nombreuses molaires cariées.

Examen des oreilles. — Acuité auditive à peu près normale pour les deux oreilles. Les labyrinthes semblent normaux.

Examen des yeux. — Pas de taie apparente.

Pupilles régulières et égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation.

Pas de strabisme ni de nystagmus spontané.

La malade semble légèrement presbyte. Son acuité visuelle paraît diminuée.

Aptitudes sociales et descendants. — La malade est femme de ménagé. Elle s'est mariée en 1905. Elle n'a pas eu de fausse couche. Elle a 4 filles. L'aînée est morte à 4 ans du croup. La deuxième, âgée de 27 ans, est mariée et a 2 filles de 2 ans et 8 ans. La troisième, âgée de 26 ans, aussi mariée a 1 fils de 5 ans. Aucun des descendants n'a présenté de kératite interstitielle ou de vice de réfraction.

B. — Observations des hommes.

1° *Observations des malades examinés dans un centre ophtalmologique par M. le Professeur Beauvieux ou par nous.*

Aucun de ces malades n'a présenté de troubles du côté des oreilles. La liste de cette série d'observations est la suivante : observations I, III, V, IX et XIII.

OBSERVATION I (Personnelle).

D... (Gaston), 46 ans, vint la première fois à la consultation de M. le Professeur Lagrange à l'âge de 12 ans 1/2, le 31 octobre 1902, pour une atteinte de kératite interstitielle d'origine spécifique évidente.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Le père est mort accidentellement.

La mère est morte à 62 ans d'un cancer de l'estomac en 1927. Nous n'avons pu savoir si elle a fait ou non des fausses couches. Le malade est le seul enfant qu'elle ait eu.

Antécédents personnels. — Le malade semble avoir été de santé très fragile jusqu'à l'âge de 4 ans. Il a eu la rougeole et la coqueluche à 6 ans, la scarlatine à 7 ans. A 12 ans, il eut une fièvre typhoïde grave. A 26 ans il présenta une atteinte de rhumatisme articulaire du genou gauche qui guérit en un mois.

Le malade est éthylique depuis une quinzaine d'années environ.

HISTOIRE DU MALADE : Au point de vue des yeux. — La cornée gauche fut la première atteinte, mais celle de droite ne tarda pas à être prise. Au bout de quelques jours, sa mère le conduisit à la consultation d'un médecin. Celui-ci conseilla de mener l'enfant à la consultation de M. le Professeur Lagrange. Ce dernier le fit entrer à l'hôpital, où il resta plusieurs mois. L'œil droit mit environ six mois à guérir, et l'œil gauche environ un an. Le traitement fut le suivant : au point de vue local, collyres au

sulfate d'atropine et pommades à l'oxyde jaune de mercure, et au point de vue général injections intraveineuses et intramusculaires. Le traitement semble avoir été suivi pendant deux ans.

Depuis, le malade n'a jamais eu de nouvelle poussée de kératite interstitielle. Sa vue fut assez bonne pour lui permettre d'être sous les drapeaux jusqu'en 1916. Cependant, le malade était très gêné la nuit, car il présente de l'héméralopie. Il lui arriva, par exemple, plusieurs fois de s'égarer complètement. En 1916, il demanda à passer dans l'auxiliaire, ce qu'il obtint facilement.

Au point de vue de l'état général. — En 1916 et 1917, le malade aurait été très déprimé physiquement et moralement. Il prétend avoir eu des pertes de connaissance très fréquentes (une fois par semaine en moyenne) pendant un an. Ces pertes de connaissance ne s'accompagnaient ni de convulsions, ni de miction involontaire. Depuis 1917, le malade n'a plus eu que deux ou trois pertes de connaissance, et depuis 1922 il n'en a plus jamais présenté. Le diagnostic d'épilepsie semble donc très peu probable.

Au point de vue des dents. — Le malade a des dents cariées depuis de nombreuses années; un certain nombre d'entre elles sont tombées ou bien ont dû être arrachées.

Au point de vue des os et des articulations. — Le malade n'a absolument rien eu en dehors de la poussée de rhumatisme articulaire du genou gauche.

Au point de vue des oreilles. — Le malade ne signale rien d'anormal.

ETAT ACTUEL : *Etat général.* — Assez bon.

Appareils respiratoire, circulatoire. — Tout semble absolument normal.

Appareil digestif. — Foie un peu gros, non douloureux spontanément ou à la pression. Pas de subictère. Cependant, le malade aurait des vomissements de bile tous les trois à quatre mois.

Examen du système nerveux. — Présence de réflexes rotuliens vifs, et même de réflexes ostéo-périostés.

Le malade semble parfois dangereux, car il a menacé de mort deux personnes qui ne voulaient pas lui donner des souvenirs de peu de valeur donnés par sa mère à celles-ci avant de mourir.

Etat des os et des articulations. — Présence d'une voûte palatine très ogivale.

Etat des dents. — Les incisives sont irrégulièrement plantées. De nombreuses molaires sont cariées, et 5 sont absentes.

Etat des oreilles. — Tout semble absolument normal.

Examen des yeux. — Absence de strabisme et de nystagmus spontané.

Présence d'un néphélion situé juste au centre de la cornée gauche. De plus, des deux côtés, présence d'une dégénérescence cornéenne à la partie supérieure du limbe, ressemblant au gérontoxon.

Pupille droite régulière, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation.

Pupille gauche réagissant à la lumière et à l'accommodation, mais mal en raison d'une synéchie postérieure vers 9 heures.

Astigmatisme cornéen : O.D.G. = 0.

Etat de la réfraction :

O.D. = + 0,50 d.;

O.G. = — 1,25 d.

Acuité visuelle après correction : O.D. v = 10/10; O.G. v = 6/10.

Examen du fond d'œil. — O.D.G. : : Pas de lésion apparente.

Examen à la lampe à fente :

O.D. : Opacités très légères. Absence de vaisseaux profonds.

O.G. : Opacités surtout marquées au centre de la cornée, quelques vaisseaux profonds peu nombreux. Synéchie postérieure à 9 heures. Petit dépôt de pigment sur la face antérieure du cristallin.

Aptitudes sociales. — Jusqu'à 17 ans, le malade a fait ses études au lycée. Il désirait entrer dans la marine marchande, puis dans l'Administration des postes, mais il ne le put à cause de ce qu'il avait eu aux yeux. Il s'engagea pour trois ans, puis fit un peu tous les métiers : camelot, liquidateur de stocks, employé d'octroi, cantinier, etc. Il ne semble pas très travailleur. Le malade s'est marié en 1916.

Les descendants. — Sa femme a eu 11 grossesses, dont 6 sont arrivées à terme. Les 5 fausses couches se sont produites après

4 accouchements normaux, et semblent très probablement dues à une syphilis acquise de la femme. Une fille est morte à 6 mois de méningite. Elle était venue juste après les 5 fausses couches. Les enfants vivants sont âgés de 18 ans, 17 ans, 13 ans, 11 ans et 4 mois. Les 4 premiers sont des garçons, tous bien portants. Le dernier enfant est une fille assez malingre. Aucun n'a présenté de kératite interstitielle. Tous semblent avoir une très bonne acuité visuelle.

OBSERVATION III (Personnelle).

P... (Noël), 37 ans, vint la première fois à la consultation de M. le Professeur Lagrange, le 2 mars 1904, à l'âge de 6 ans.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Le père est mort subitement à 73 ans. La mère est morte de tuberculose pulmonaire. Il est impossible de savoir si elle a eu des fausses couches. Elle a eu 4 enfants :

- 1° une fille morte de la grippe en 1918 à 28 ans;
- 2° un fils mort à 23 ans de tuberculose;
- 3° un fils qui se suicida à 25 ans,
- 4° et le malade, qui est le dernier.

Antécédents personnels. — Le malade, qui est difficile à interroger, ne se souvient de rien quant à sa santé dans l'enfance.

A 30 ans, il a été opéré d'une hernie inguinale gauche. Depuis celle-ci a récidivé, et une hernie semblable est apparue du côté droit. Cette année, il entra dans le service de M. le Professeur Charrier, pour se faire opérer, mais, le malade ne semblant pas normal au point de vue psychique, M. le Docteur Pauly fut appelé en consultation. Ce dernier déconseilla une opération immédiate, et fit entrer le malade dans le service de M. le Professeur Abadie. Là, on porta le diagnostic de débilité mentale et d'obnubilation, s'accompagnant de signes très nets d'éthylisme. La recherche de la réaction de Wassermann, effectuée sur le sang, fut négative. Le liquide céphalo-rachidien était normal à tous les points de vue : chimique, cytologique, et réaction au benjoin colloïdal. Après un séjour

de trois semaines dans le service de M. le Professeur Abadie, le malade revint dans le service de M. le Professeur Charrier, où il fut opéré quelques jours plus tard.

HISTOIRE DU MALADE : Au point de vue des yeux. — Le malade n'a présenté qu'une atteinte de l'œil gauche. Il fut hospitalisé pendant un mois à l'Hôpital des Enfants. Il est impossible de savoir quel fut le traitement en dehors de collyres au sulfate d'atropine. Le malade aurait été traité pendant un an environ après sa sortie de l'hôpital. Depuis il n'a jamais rien eu aux yeux.

Au point de vue des dents. — Le malade présente de la carie depuis l'âge de 20 ans environ, surtout au niveau des molaires : plusieurs ont dû être arrachées.

Au point de vue des oreilles, des os et des articulations. — Le malade ne signale rien.

ETAT ACTUEL : Etat général. — Le malade est très anémié et déprimé.

Examen du système nerveux. — Réflexes rotuliens très vifs. Absence de tout autre signe tendant à prouver une atteinte du système nerveux central.

Examen des os et des articulations. — Présence d'une voûte palatine ogivale. Rien d'anormal ailleurs.

Examen des dents. — Les incisives sont irrégulières et mal plantées. De nombreuses molaires sont cariées. Quelques-unes sont absentes.

Examen des oreilles. — Acuité auditive normale.

Examen des yeux. — Pas de strabisme ni de nystagmus spontané. Pupilles un peu irrégulières, mais réagissant à la lumière et à l'accommodation.

Astigmatisme cornéen :

O.D. : Astigmatisme irrégulier;

O.G. : ± 3 contraire à la règle.

Etat de la réfraction : O.D.G. : Myopes, d'après la skiascopie; non améliorables.

Acuité visuelle : O.D.G. $v = 4/20$.

Examen du fond d'œil : O.D.G. : Aucune lésion apparente.

Examen à la lampe à fente : O.D.G. : Petites taies arrondies réparties sur toute l'étendue de la cornée et siégeant en partie dans les couches profondes de la cornée. Absence de vaisseaux profonds. Iris dégénéré.

Aptitudes sociales. — Le malade a pu faire son service militaire dans l'auxiliaire comme chauffeur dans l'aviation. Le malade s'est marié il y a quatorze ans, mais sa femme l'a quitté depuis six ans. Cette dernière n'a jamais eu de fausse couche et n'a jamais eu d'enfants.

OBSERVATION V (Personnelle).

F... (Pierre), 44 ans, vint la première fois à la consultation de M. le Professeur Lagrange, le 27 août 1903, à l'âge de 12 ans, pour une atteinte de kératite interstitielle.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Le père est mort de paralysie générale à 30 ans.

La mère, âgée de 72 ans, est complètement aveugle depuis vingt-cinq ans, en raison d'une névrite optique bilatérale. Elle n'a pas fait de fausse couche. Elle a eu 2 enfants : une fille, morte quelques instants après la naissance, puis le malade.

Antécédents personnels. — Le malade a été soigné, puis suivi par M. le Professeur Moussous, de l'âge de 18 jours jusqu'à 19 ans. Il nous a été impossible de savoir exactement pourquoi. Le malade a pris pendant longtemps du sirop de Gibert et des fortifiants (huile de foie de morue, etc.).

Le malade a eu la scarlatine à 3 ans, la rougeole à 5 ans, et la coqueluche à 7 ans. A 16 ans, il aurait eu une poussée de rhumatisme articulaire de l'épaule gauche.

Pendant la guerre, le malade a été blessé à l'épaule gauche et a eu le tympan gauche crevé par l'éclatement d'un obus.

HISTOIRE DU MALADE : Au point de vue des yeux. — A 9 ans, le malade eut une atteinte de kératite interstitielle au niveau de l'œil droit, qui fut soignée par M. le Professeur Badal, puis par M. le Docteur Cabannes. Trois ans après, l'œil gauche fut atteint à son tour. C'est à ce moment qu'il fut amené à la consultation de M. le

Professeur Lagrange. Celui-ci le soigna pendant quatre mois au moins. Quand la kératite fut guérie, le malade recommença à voir à peu près comme avant. Depuis il n'a plus jamais rien eu aux yeux.

Au point de vue des oreilles. — A part le tympan crevé pendant la guerre, le malade n'a jamais eu à s'en plaindre.

Au point de vue des os et des articulations. — Le malade ne signale rien.

Au point de vue des dents. — Depuis la fin de l'adolescence, le malade a des dents cariées, surtout des molaires. Quelques-unes ont dû être arrachées.

ETAT ACTUEL : *Etat général.* — Bon.

Examen du système nerveux. — Réflexes rotuliens normaux.

Examen des os et des articulations. — Présence d'une voûte palatine très ogivale.

Examen des dents. — Dents très grosses et irrégulièrement plantées. Nombreuses dents cariées et quelques-unes absentes.

Examen des oreilles. — Surdité assez prononcée de l'oreille gauche. Rien à signaler en dehors de cela.

Examen des yeux. — O.D. : Albugo central se continuant par une bande moins opaque se dirigeant vers la partie inférieure du limbe.

O.G. : Néphélion central.

Pupilles : Egales, régulières, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation.

Pas de strabisme ni de nystagmus.

Astigmatisme cornéen :

O.D. = ± 2 contraire à la règle;

O.G. = 0.

Etat de la réfraction :

O.D. = $(90^\circ + 1)$ d.;

O.G. = $+ 1,25$ d.

Acuité visuelle :

O.D. v = $8/10$;

O.G. v = $10/10$.

Examen du fond d'œil : O.D.G. : Absence de lésions apparentes.

Aptitudes sociales. — Le malade exerce la profession de tapis-sier-décorateur, ce qui exige une bonne acuité visuelle. Il a fait son service militaire et a été sous les drapeaux pendant toute la guerre de 1914. Il s'est marié après la guerre, mais a divorcé depuis cinq ans. Sa femme n'a jamais fait de fausse couche.

Descendants. — Le malade a une fille de 12 ans qui n'a jamais eu de kératite interstitielle et qui semble avoir une très bonne vue.

OBSERVATION IX (Personnelle).

V... (Alfred), 27 ans, fut amené la première fois à la consultation de M. le Professeur Lagrange, le 21 avril 1907, à l'âge de 2 mois, pour une atteinte de kératite interstitielle bilatérale.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Le père est bien portant et n'a jamais eu de syphilis. La mère est syphilitique. Elle a eu 6 grossesses, dont 3 se sont terminées par une fausse couche. Les 3 grossesses arrivées à terme ont donné naissance à une fille âgée actuellement de 36 ans, bien portante, à une autre fille morte à 4 ans de broncho-pneumonie, et enfin au malade, venu après les 3 fausses couches.

Antécédents personnels. — Le malade a été opéré des végétations à 10 ans. Il a eu la rougeole à 11 ans et une paratyphoïde à 15 ans.

HISTOIRE DU MALADE : Au point de vue des yeux. — Le malade naquit avec une kératite interstitielle et une aniridie bilatérale. Au bout de deux mois, sa mère l'apporta à la consultation de M. le Professeur Lagrange, qui lui fit faire des frictions mercurielles et lui fit prendre de la liqueur de Van Swieten. Au bout de plusieurs mois, il y aurait eu une amélioration assez nette. Cependant le malade ne vit jamais très bien, car deux taies importantes couvraient les cornées. Jusqu'à 18 ans, il put cependant mener une vie à peu près normale, travaillant avec son père, qui est peintre en bâtiment.

A 18 ans, le malade étant presque complètement aveugle, alla consulter de nombreux spécialistes, dont M. le Docteur Bonnefon, qui a bien voulu nous communiquer les renseignements suivants :

Le malade présentait un glaucome bilatéral, qui fut très amélioré au point de vue acuité visuelle par une double trépanation galvanique.

Jusqu'en 1930, l'état de l'acuité visuelle serait resté sensiblement le même, mais depuis l'acuité ne ferait que diminuer.

Au point de vue des oreilles. — Le malade ne signale rien.

Au point de vue des dents. — Le malade n'a pas présenté de carie précoce.

Au point de vue des os. — Le malade ne signale rien d'anormal.

Au point de vue de l'appareil génital : Le malade a présenté une orchite droite non douloureuse, qui s'est terminée par une atrophie très nette du testicule.

ETAT ACTUEL : Etat général. — Bon, mais le malade présente un certain état d'adiposité, vraisemblablement dû à une légère insuffisance testiculaire.

Examen du système nerveux. — Rien à signaler.

Examen des os. — Présence d'une voûte palatine ogivale.

Examen des dents. — Les dents sont irrégulièrement plantées, mais dans un assez bon état.

Examen des oreilles. — Rien à signaler.

Examen de l'appareil génital. — Testicule droit atrophie et dur, du volume d'un œuf de pigeon. Il s'agit vraisemblablement du reliquat d'un sarcocèle syphilitique.

Examen des yeux. — Strabisme divergent de l'œil droit sans paralysie.

O.D.G. : Albugo central plus marqué à droite qu'à gauche.

O.D. : Glaucome absolu.

O.G. : Sclérotomie avec hypotonie légère. Acuité visuelle : $v = 1/100$ (compte les doigts).

Aptitudes sociales. — Le malade a dû changer de métier en raison de l'état de ses yeux. Il est actuellement chantre.

Il ne s'est pas marié.

OBSERVATION XIII (Personnelle).

L... (Noël), 36 ans, vient pour la première fois à la consultation de M. le Docteur Cabannes, le 7 janvier 1910, à l'âge de 11 ans. pour une atteinte de kératite interstitielle bilatérale.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Le père est mort à 57 ans d'une maladie de cœur.

La mère, âgée de 58 ans, est actuellement bien portante. Elle n'avoue pas de fausse couche. En plus du malade, qui est l'aîné, elle a 2 filles. La première a 34 ans, et la deuxième 32 ans. Toutes les deux ont eu une kératite interstitielle bilatérale. Nous n'avons pu malheureusement voir les sœurs du malade, car elles n'habitent plus à Bordeaux.

Antécédents personnels. — Né à terme, le malade aurait été élevé facilement dans la première enfance. Il a eu la rougeole et la coqueluche. A 16 ans il a eu une broncho-pneumonie.

HISTOIRE DU MALADE : Au point de vue des yeux. — Le malade fut soigné par le médecin de la famille, puis ses parents le menèrent à la consultation de M. le Docteur Cabannes, qui le fit rentrer dans son service. La kératite interstitielle fut bilatérale dès le début. On fit au malade un traitement spécifique à base de mercure. Au bout de six mois, le malade était très amélioré, mais il fallut encore un an avant que sa vue redevint à peu près comme avant.

Depuis, le malade n'a plus jamais rien eu aux yeux.

Au point de vue des oreilles, des os et des articulations. — Le malade ne nous a rien signalé.

Au point de vue des dents. — Depuis l'âge de 20 ans environ il présente de la carie de quelques molaires, et 2 ont dû être arrachées.

ETAT ACTUEL : Etat général. — Bon.

Examen du système nerveux. — Rien à signaler.

Examen des os. — Présence d'une voûte palatine ogivale.

Examen des dents. — Les dents sont irrégulièrement plantées et un peu irrégulières de forme; 6 molaires sont cariées et 2 sont absentes.

Examen des oreilles. — Absolument rien d'anormal.

Examen des yeux. — Pas de strabisme ni de nystagmus spontané.

Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière et à l'accommodation. Néphélion central sur la cornée gauche.

Astigmatisme cornéen :

O.D. = ± 2 d. conforme à la règle;

O.G. = ± 1 d. conforme à la règle.

Etat de la réfraction :

O.D. = (125° — 0 d. 75);

O.G. = — 3 d.

Acuité visuelle après correction :

O.D. v = 6/10;

O.G. v = 7/10.

Examen du fond d'œil : O.D.G. : Absence de lésions apparentes.

Aptitudes sociales. — Le malade n'a pas pu faire de service militaire, parce qu'à cette époque il était trop maigre (42 kilos).

Il a été douanier et maintenant il exerce la profession de vérificateur des viandes. Il s'est marié il y a quatorze ans. Sa femme n'a jamais eu de fausse couche.

Descendants. — Le malade n'a qu'un fils âgé de 13 ans, qui est bien portant, et n'a jamais rien eu aux yeux (ni kératite interstitielle ni myopie).

2° *Observations des malades examinés uniquement à leur domicile.*

Seul le malade de la dernière observation n'a pas présenté de troubles auriculaires.

La liste de ces observations est la suivante : observations II, VI et XII.

OBSERVATION II.

C... (Jean), 46 ans, vint pour la première fois à la consultation du Professeur Lagrange, à l'Hôpital des Enfants, à l'âge de 13 ans, le 23 janvier 1903, pour une kératite interstitielle de l'œil droit. L'observation suivante fut prise à cette époque :

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade dans les premières années de sa vie. Présente depuis ces trois derniers mois des déformations au niveau des membres, déformations apparues progressivement, sans fièvre ni douleurs.

Antécédents héréditaires. — Père mort il y a treize ans, à l'âge de 43 ans, de laryngite tuberculeuse.

Mère vivante. A eu 3 grossesses. Le premier enfant est mort à 2 mois d'une affection inconnue. Le second est celui dont nous rapportons l'histoire. Le dernier est mort de scarlatine à 18 jours.

ÉTAT ACTUEL. — Ce malade a présenté étant enfant tous les signes d'une kératite interstitielle au niveau de l'œil droit. Le début de l'affection remontait à six jours quand il vint à la consultation.

On constata alors des lésions squelettiques nettes, surtout marquées au niveau des deux avant-bras. L'extrémité inférieure du radius droit est le siège d'une hyperostose volumineuse, qui n'est douloureuse ni à la pression, ni spontanément, et n'entraîne aucun phénomène réactionnel. A l'union du tiers supérieur et du tiers moyen du cubitus gauche, ainsi que du radius, on trouve les hyperostoses moins volumineuses. Ces troubles trophiques datent d'un an environ, et sont, d'après le malade, en voie de régression.

Au niveau du tibia droit, on note une hyperostose diffuse, de nature certainement hérédo-syphilitique. Il existe, en outre, des stigmates cutanés. Le diagnostic de kératite interstitielle hérédo-syphilitique est établi. On donne au malade du sirop de Gibert.

Le 4 février 1903, des radiographies décèlent la présence de lésions nettes d'ostéopériostite.

Le 26 février 1903, amélioration des manifestations osseuses et oculaires, après 15 frictions mercurielles.

Le 13 mars 1903, amélioration sensible du côté de l'œil. Etat sta-

tionnaire des manifestations osseuses. On donne au malade 2 grammes d'iodeure de potassium par jour.

Le 11 avril 1903, malade à peu près guéri. Une radiographie, faite le 10 avril, montre une grosse amélioration des lésions osseuses.

Le 18 avril 1904, le malade a une stomatite mercurielle : Chute des deux incisives supérieures; séquestre de l'os incisif. L'appareil visuel est bon, bien que l'œil droit soit myope et astigmaté.

HISTOIRE DU MALADE DEPUIS 1904. — A l'âge de 15 ans, le malade fut soigné par le Docteur Fromaget, qui lui prescrivit des verres, qu'il ne put supporter. A la même époque, le malade fut soigné par le Docteur Claoué pour un début de surdité, puis il consulta M. le Professeur Moure, qui diagnostiqua une labyrinthite syphilitique bilatérale. Voici les renseignements fournis par le service du Professeur Portmann.

Le 20 février 1906, après des séances de courant faradique, le malade est très amélioré. On associe un traitement par le biiodure de mercure.

En mars, l'amélioration est encore plus nette.

En juin, la fonction auditive était bonne et les troubles de l'équilibre avaient à peu près disparu.

Le 20 septembre 1906 :

P.C.D. : 0 0 0 4 5 O.D. 0 R.D. + 5"

P.C.G. : 0 0 0 4 5 O.G. contact R.G. + 9"

Le 11 décembre 1906, le malade revient, se plaignant de nouveau de bourdonnements. On constate la présence de végétations adénoïdes (elles furent enlevées quelques jours plus tard).

Le 8 janvier 1907, une insufflation tubaire est faite au malade. Par la suite, le malade se plaint d'une surdité définitive, dont il attribua la cause à cette intervention. Il ne revint plus dans le service du Professeur Moure, et ne se fit plus soigner ni pour les yeux, ni pour les oreilles.

ETAT ACTUEL : *Etat général*. — L'état général est bon.

Etat des os et des articulations. — On ne trouve plus trace des anciennes lésions.

Appareils : circulatoire, respiratoire, digestif, urinaire. — Rien à signaler.

Système nerveux. — Les réflexes sont un peu vifs aux membres supérieurs et inférieurs.

Dents. — Le malade porte un appareil depuis qu'il a éliminé un séquestre de l'os incisif.

Oreilles. — Equilibration. Romberg positif sur un pied, yeux ouverts ou fermés.

Yeux. — Pupilles régulières, égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. Néphélieon central sur la cornée droite.

La myopie semble assez forte.

Aptitudes sociales. — Le malade est cordonnier. Il n'a pu faire de service militaire.

Descendance. — Malade marié sans enfants. Sa femme n'a pas eu de fausse couche.

OBSERVATION VI (Personnelle).

L... (Jean), 39 ans, vient pour la première fois à la consultation de M. le Professeur Lagrange, le 30 août 1904, à l'âge de 8 ans, pour une atteinte de kératite interstitielle.

Antécédents héréditaires. — Père mort dans un accident de chemin de fer. Mère, âgée de 64 ans, bien portante. Elle a eu 7 grossesses. Les deux premières se sont terminées par une fausse couche. Puis est né le malade qui nous intéresse. Naissent ensuite : une fille âgée actuellement de 37 ans, bien portante; une fille âgée actuellement de 32 ans, bien portante; une fille âgée actuellement de 27 ans, qui a eu une néphrite à l'âge de 8 ans, et enfin une fille qui a actuellement 25 ans. Aucune des sœurs du malade n'a eu de kératite interstitielle.

Antécédents personnels. — Né à terme. Scarlatine à 4 ans. Albuminurie à 8 ans, ayant nécessité une hospitalisation et une mise au régime pendant cinq à six mois. Blessé pendant la guerre par un éclat d'obus au niveau de l'hémithorax gauche, blessure qui

entraîna une pleurésie purulente, qui fut soignée pendant cinq mois. Depuis, bronchites fréquentes.

Histoire. — Le malade se présenta à la consultation du Professeur Lagrange, le 30 août 1904, pour une atteinte de kératite interstitielle de l'œil droit. Il vint tous les deux jours à l'hôpital pendant un mois pour se faire soigner (traitement par des gouttes p). L'œil droit fut seul malade. Depuis cette époque, la vision de cet œil est troublée. Il n'y a jamais eu de nouvelle atteinte.

A 10 ans, le malade eut une otite moyenne de l'oreille gauche, opérée par le Professeur Moure (clinique rue d'Arès). Depuis cette époque, il s'écoule de temps en temps du pus et de la sérosité. La surdité de cette oreille serait complète.

Vers l'âge de 33 ans, le malade serait venu à la consultation de M. le Professeur Portmann, pour des troubles de l'oreille gauche. Nous n'avons pas trouvé trace de son passage.

Les os et les articulations n'ont rien présenté d'anormal.

ETAT ACTUEL. — L'examen du malade n'a pas pu être fait à l'hôpital.

L'état général est bon. L'examen du système nerveux, de l'appareil digestif, de l'appareil circulatoire, ne révèle rien d'anormal, de même que l'examen du squelette et de la denture.

Yeux. — Néphélie central sur la cornée droite. Pupilles régulières, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation. Absence de strabisme et de nystagmus spontané. Etat de la réfraction : ?

Oreilles. — Surdité de l'oreille gauche. La perception crânienne persiste. L'oreille droite a une acuité auditive normale (60 cm.).

Le signe de Romberg est négatif sur un pied, yeux fermés.

Aptitudes sociales. — Le malade est voiturier. Travail pénible. Il a fait la guerre.

Descendance. — Marié. A une fille de 11 ans, bien portante, qui n'a jamais eu de maladies oculaires. Sa femme n'a pas eu de fausse couche.

OBSERVATION XII (Personnelle).

M... (Roger), 35 ans, vint pour la première fois à la consultation de M. le Docteur Cabannes, le 16 juin 1909, à l'âge de 9 ans, pour une atteinte de kératite interstitielle au niveau de l'œil droit.

Antécédents. — Père, âgé de 63 ans.

Mère, âgée de 58 ans. A eu 17 enfants. N'aurait pas eu de fausse couche. Le malade est l'aîné. 9 enfants sont morts entre 5 mois et 1 an de méningite avec des convulsions. Aucun n'a eu de kératite interstitielle en dehors du malade.

Antécédents personnels. — Aucune maladie d'enfance. En 1908, à 8 ans, a eu un accident provoqué par un tramway, qui faillit entraîner l'amputation de la jambe gauche. En 1918, ictère à la suite d'un naufrage en plein hiver. Depuis 1917 jusqu'en 1920, le malade a eu des accès de paludisme. Il aurait reçu de nombreuses fois de la limaille de fer et de cuivre dans les yeux.

HISTOIRE. — Le malade se trouvait à l'Hôpital des Enfants en raison de l'accident qui lui était arrivé à la jambe lorsqu'il eut une atteinte de kératite interstitielle au début de 1908, au niveau de l'œil droit. Le Professeur Lagrange aurait vu le malade à cette époque et l'aurait soigné avec des collyres au sulfate d'atropine et du sirop de Gibert. Il est impossible de connaître la durée de cette poussée de kératite, mais le traitement fut assez négligé. Le 16 juin 1909, l'enfant vint à la consultation du Docteur Cabannes. Il revint à cette consultation le 27 octobre 1910. On y nota alors ceci : le malade revient avec une poussée débutante de kératite interstitielle au niveau de l'œil gauche, en haut de la cornée. L'œil droit conserve un néphélium central. On reprend le traitement par le sirop de Gibert, que l'enfant n'avait suivi trois ans auparavant que pendant trois mois. Cette interruption était peut-être à l'origine de la récurrence.

Le malade fut traité ensuite par des injections intramusculaires qui produisirent une amélioration importante.

Depuis cette époque, le malade n'a plus eu de poussées de kératite interstitielle. Sa vue s'est améliorée jusqu'en 1929. Elle baisse

depuis cette date, ce qui a conduit le malade à la consultation du Docteur Fromaget, qui lui a prescrit des verres d'environ — 6 dioptries. Ces lunettes le fatiguent.

ETAT ACTUEL. — Etat général assez bon.

On ne note rien d'anormal à l'examen des appareils circulatoire, respiratoire, digestif, urinaire.

Squelette. — Voûte palatine ogivale.

Système nerveux. — Réflexes normaux.

Denture. — Quelques molaires cariées. Les incisives sont très irrégulièrement plantées.

Oreilles. — L'acuité auditive est bonne.

Il n'y a pas de signe de Romberg quand le malade est debout sur un pied les yeux fermés.

Yeux. — Néphélion central à droite, rien à gauche. Les pupilles sont régulières, égales et réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Pas de strabisme, ni de nystagmus spontané.

Aptitudes sociales. — Le malade a pu être matelot mécanicien. Il est actuellement ajusteur.

Descendance. — Marié depuis 1922. A 2 enfants : une fille de 11 ans et une fille de 8 ans. Toutes les deux n'ont rien eu aux yeux. Sa femme n'a pas eu de fausse couche.

Nous avons essayé de réunir dans les deux tableaux qui suivent les principaux incidents et résultats notés dans les observations. Le tableau I résume en quelque sorte les observations des femmes, tandis que le tableau II résume celles des hommes.

	NUMÉROS des OBSERVA- TIONS	1 ^{re} ATTEINTE Âges	ÉTAT GÉNÉRAL	AFFECTIONS DE L'ORGANISME EN GÉNÉRAL			RÉCIDIVE Rechute 2 ^e oeil
				TROUBLES généraux	LÉSIONS auriculaires	LÉSIONS diverses STIGMATES	
Femmes examinées dans un centre ophtalmolo- gique.	VII	K.I.O.D.G. 11 ans 1/2. 40 ans.	Bon.	—	Labyrinthite bilaté- rale ? 8 mois après début de K. I., sur- dité presque totale.	Voûte ogivale. Dents : irrégu- lières, carie.	—
	X	K.I.O.D.G. 13 ans 1/2. 42 ans.	Bon.	Arrêt des règles pendant K. I.	Labyrinthite et obs- truction tubaire bi- latérales. 18 ans après.	Voûte ogivale. Dents : irrégu- lières, carie. Ostéo-arthri- tes des genoux.	—
	XI	? 12 ans. 38 ans.	Paraît plus que son âge.	Dysménorrhée puberté.	Obstruction tubaire gauche. 20 ans après (O. G. : 1 ^{er} dans récidive).	Voûte ogivale. Dent d'Hut- chinson dispa- rue. Carie lé- gère.	O. D. G. : 2 après dé- (O. G. : 1)
	XIV	O. G. : 14 ans. 39 ans.	Bon.	Castration avant récidive.	Labyrinthite et obs- truction tubaire bi- latérales. 20 ans après (castration).	Voûte ogivale. Dents : bon état.	O. G. : 20 après (cas- tion).
	XV	O. D. : 12 ans. 37 ans.	Bon.	Règles abondantes.	Labyrinthite bilaté- rale. 2-3 ans après début, surdité pres- que totale.	Voûte ogivale. Dents : bon état.	O. D. G. : 18 ans après (O. G. : 1)
	XVII	O. D. : 13 ans. 41 ans.	Bon.	Puberté (2 ^e oeil).	Labyrinthite bilaté- rale ? 15 ans après. Surdité presque totale.	Voûte ogivale. Dents : assez bonnes.	O. G. : 5 a après O. I.
	XIX	O. D. G. : 4 ans. 33 ans.	Bon.	Puberté (3 récidives).	Obstruction tubaire gauche. 19 ans après (O. G. : 3 récidives).	Dents : bon état.	O. G. : 7 a après. 11 ans après 14 ans après
	XX	O. D. G. : 15 ans. 48 ans.	Pas très bon. Porte plus que son âge.	Arrêt des règles pendant K. I. Ménopause; labyrinthite.	Labyrinthite bilaté- rale. Obstruction tu- baire. 25 ans après (ménopause).	Dents : carie depuis 24 ans (ulcère estom- mac).	—
Femmes examinées uniquement à leur domicile.	VIII	O. D. G. : 4 ans 1/2. 33 ans.	Bon.	—	—	Voûte ogivale. Dents : carie. Coxalgie g. ?	O. D. G. : 1 et 2 ans après
	IV	O. D. G. : 8 ans. 39 ans.	Bon.	—	—	Voûte ogivale. Dents : carie.	—
	XVI	O. D. G. : 9 ans 1/2. 34 ans.	Bon.	—	—	Voûte ogivale. Dents : irrégu- lières, carie.	O. D. G. : 14 ans après (O.D. d'abore)
	XVIII	O.G.-O.D. : 42 ans. 58 ans.	Bon.	Arrêt des règles pendant K. I.	—	Voûte ogivale. Dents : irrégu- lières, carie.	O. D. G. : 2 rechutes

LESIONS ET SEQUELLES OCULAIRES

ME	TAIES	LÉSIONS diverses	ASTIGMATISME cornéenne	RÉFRACTION	ACUITÉ	LÉSIONS du fond d'œil	RELIQUATS vus à la lampe à fente
	O. D. G. : albugo central (2 O. à la fois).	—	O. D. G. : ± 1d conf. à la règle.	O. D. G. : — 5d.	O. D. G. : V. = 6/10.	O. D. : pas de lésions. O. G. : non visible.	O. D. G. : opacités, vais- seaux nom- breux.
ext. inél.	O. D. G. : albugo central (2 yeux à la fois) plus mar- qué à gauche qu'à droite.	O. D. : irido- cyclite chroni- que. O. G. : sécusion pu- pillaire irido- choroïdite, ca- taracte atro- phie de l'œil (traum.).	O. D. G. : irrégulier.	O. D. : (0°—4) — 5,5d. O. G. : non améliorable. Myope.	O. D. : V. = 2/10. O. G. : V. = 1/100.	O. D. G. : non visible.	—
	O. D. G. : albugo central (le 1er dans récidive G plus marqué).	Gérotaxon à gauche (1er).	O. D. G. : ± 3d contraire à la règle.	O. D. : (43°—3) — 40d O. G. : non améliorable. Myope.	O. D. : V. = 1/10. O. G. : V. = 1/20.	O. D. : pas de lésions visi- bles. O. G. : choroï- dite dissémi- née.	—
	—	—	O. D. : ± 0,50 conforme. O. G. : ± 1d conforme à la règle.	O. D. G. : + 1d.	O. D. G. : V. = 10/10.	O. D. G. : pas de lésions visibles.	O. D. : normal. O. G. : opaci- tés. Pas de vaisseaux, nerfs.
	O. D. : néphé- lion paracen- tral : O. G. : albugo cen- tral.	O. D. G. : gérotaxon. O. D. : syné- chie postérie à 5 heures.	O. D. : ± 3 contraire. O. G. : ± 3 conforme à la règle.	O. D. : (90°—1) — 5d O. G. : — 5d.	O. D. : V. = 8/10. O. G. : V. = 4/10.	O. D. G. : lésions de chorioréinite maculaire.	O. D. : opaci- tés, vaisseaux. O. G. : opaci- tés seules.
	O. D. G. : leu- come central (plus à D. 1er).	O. D. G. : iridectomie en 1915.	O. D. G. : irrégulier.	O. D. G. : + 4.	O. D. : V. = 2/10. O. G. : V. = 3/10.	O. D. G. : pas de lésions.	—
	Néphéliion cen- tral O. D. Traumatique.	—	O. D. : ± 0,5 conforme. O. G. : ± 1,5 conforme.	O. D. : ± 1,50. O. G. : (90° + 1) + 1	O. D. : V. = 8/10. O. G. : V. = 10/10.	O. D. G. : pas de lésions apparentes.	O. D. G. : opaci- tés légères, quelques vais- seaux, nerfs visibles.
	O. D. G. : leu- come adhérent central. G. plus petit mais plus opa- que.	O. D. G. : gérotaxon ? microcomie. Synéchie anté- rieure vers 6 heures.	O. D. G. : irrégulier.	O. D. G. : non améliorable. Myope.	O. D. : V. = 2 m. O. G. : V. = 3 m. 5.	O. D. G. : fond non visible.	O. D. G. : opa- cités, vais- seaux nom- breux. Dépôts de pigments sur face pos- térieure cor- née.
	—	O. D. G. : Très dégénéré.	O. D. : ± 2d. conforme. O. G. : ± 1d conforme à la règle.	O. D. : (0° — 1) — 3d O. G. : (0° — 0,50).	O. D. : V. = 5/10. O. G. : V. = 8/10.	O. D. G. : pas de lésions apparentes.	O. D. G. : opa- cités, vais- seaux.
	—	—	—	Myope ?	O. D. G. : V. diminuée ?	—	—
	—	—	—	Myope ?	O. D. G. : V. diminuée ?	—	—
	—	—	—	Hypermé- trophe.	O. D. G. : V. diminuée ?	—	—

	NUMÉROS des OBSERVA- TIONS	PREMIERE ATTEINTE Âges	ÉTAT GÉNÉRAL	AFFECTIONS DE L'ORGANISME EN GÉNÉRAL		RE Re 2e
				LÉSIONS auriculaires	LÉSIONS diverses Stigmates	
Hommes examinés dans un centre ophtalmologique.	I	O. D. G. 12 ans 4/2. 46 ans.	Assez bon.	—	Voûte ogivale. Dents : irrégulières, carie.	
	III	O. G. 6 ans. 37 ans.	Débilité mentale, éthylisme. Dépression.	—	Voûte ogivale. Dents : irrégulières, carie.	
	V	O. G. 9 ans. 44 ans.	Bon.	—	Voûte ogivale. Dents : irrégulières, carie.	O. G. après
	IX	Naissance. O. D. G. 27 ans.	Bon.	—	Voûte ogivale. Dents : assymétrie. Orchite droite.	
	XIII	O. D. G. 11 ans. 36 ans.	Bon.	—	Voûte ogivale. Dents : irrégulières, carie.	
Hommes examinés uniquement à leur domicile.	II	O. D. 13 ans 1/2. 46 ans.	Bon.	Labyrinthite bilatérale. Obstruction tubaire 2 ans après début de K. I. Surdité presque totale.	Voûte ogivale. Dents : assymétrie. Etat : ostéo-périostites.	
	VI	O. D. 8 ans. 39 ans.	Bon.	Otite moyenne, chronique gauche depuis 2 ans après K. I.	Dents : assez bon état.	
	XII	O. D. 9 ans. 35 ans.	Bon.	—	Voûte ogivale. Dents : irrégulières, carie.	O. G. après

LÉSIONS ET SÉQUELLES OCULAIRES

ABUSME	TAIES	LÉSIONS diverses	ASTIGMATISME cornéen	RÉFRACTION	ACUITÉ	LÉSIONS du fond d'œil	RELIQUATS vus à la lampe à fente
—	O. G. : néphé- lion central. (O. G. : 1er atteint.)	O. D. G. : gérotoxon ? (Scléro-kéra- tite antérieure.) O. G. : syné- chie postérieure à 9 heures.	O. D. G. : O.	O. D. : + 0,50d O. G. : - 1,23d	O. D. : V = 10/40. O. G. : V = 6/10	O. D. G. : pas de lésions apparentes.	O. D. : opaci- tés très légè- res; pas de vaisseaux. O. G. : opaci- tés plus mar- quées, quel- ques vaisseaux déposés pig- mentaires sur la face anté- rieure du cris- tallin.
—	O. G. : néphé- lion central. (O. G. seul atteint.)	O. D. G. : Iris dégénéré.	O. D. : astig- matisme irrég- ulier. O. G. : + 2 contraire à la règle.	O. D. G. : myopes non améliorables.	O. D. G. : V = 1/20.	O. D. G. : pas de lésions apparentes.	O. D. G. : pe- tites opacités arrondies. Iris dégénéré.
—	O. D. : albugo central. O. G. : néphé- lion central. (O.D. : 1er œil.)	—	O. D. : ± 2 contraire à la règle. O. G. : O.	O. D. : (90° + 1.) O. G. : (90° + 1,23d).	O. D. : V = 8/40. O. G. : V = 40/40.	O. D. G. : pas de lésions apparentes.	—
O. D. : externe ctionnel.	O. D. G. : al- bugo central surtout à droite.	O. D. G. : aniridie; glaucome 48 ans après. 27 ans après : O. D. : glau- come absolu. O. G. : scléro- tomie.	—	O. D. G. : non améliorables.	O. D. : V = 0. O. G. : V = 1/100.	O. D. G. : non visible.	—
—	O. G. : néphé- lion central.	—	O. D. : ± 2d conf. O. G. : ± 1d conf. à la règle.	O. D. : (125° - 0,75d.) O. G. : - 3d.	O. D. : V = 6/40. O. G. : V = 7/40.	O. D. G. : pas de lésions apparentes.	—
—	O. D. : néphé- lion central.	—	O. D. : astig- matisme en 1904.	O. D. G. : myope.	O. D. G. : — diminuée ?	—	—
—	O. D. : néphé- lion central.	—	—	—	O. D. : — V normale? O. G. : — diminuée ?	—	—
—	O. D. : néphé- lion central.	—	—	O. D. G. : myope 6-7 dioptries.	—	—	—

STATISTIQUES

Des diverses lésions, séquelles et incidents
présentés par les malades
après leur première atteinte de kératite interstitielle.

Nous ferons l'exposé de nos constatations au point de vue :

- 1° du pronostic local;
- 2° du pronostic général;
- 3° du pronostic social des malades et de l'avenir pathologique de leurs descendants.

I. — *Le pronostic local.*

Nous exposerons successivement le résultat de nos constatations au point de vue :

- 1° des taies et des reliquats indélébiles de la kératite interstitielle;
- 2° de l'astigmatisme cornéen;
- 3° de l'état de la réfraction;
- 4° de l'acuité visuelle;
- 5° des lésions et séquelles diverses de l'œil;
- 6° des lésions du fond d'œil;
- 7° du strabisme et du nystagmus spontané;
- 8° des récidives.

1° LES TAIES ET LES RELIQUATS INDÉLÉBILES DE LA KÉRATITE INTERSTITIELLE :

a) *Chez les femmes.* — Sur 23 yeux atteints antérieurement de kératite interstitielle, nous avons trouvé 12 taies centra-

les de la cornée dont : 4 leucomes (2 étaient adhérents), 7 albugos et 1 néphéliion. Nous n'avons pas tenu compte d'un autre néphéliion, car il était d'origine traumatique (obs. XIX). Nous avons donc constaté la présence de taies dans 52,17 % des cas, dont 33,33 % de leucomes, 58,33 % d'albugos et 8,33 % de néphéliions.

Le pronostic semble donc plus grave au point de vue des séquelles cornéennes que ne le pensent les classiques. Peut-être les récidives jouent-elles un rôle important dans la persistance de taies plus marquées. En effet, les hommes qui eux, n'avaient pas présenté une seule récidive, étaient porteurs de taies de la cornée beaucoup plus légères.

Cependant, les malades présentant des leucomes n'avaient jamais eu de récidive.

b) *Chez les hommes.* — Sur 13 cornées atteintes antérieurement, nous avons constaté la présence de taies centrales dans 10 cas dont 3 albugos et 7 néphéliions. Nous avons donc trouvé des taies dans 76,92 % des cas dont 30 % d'albugos et 70 % de néphéliions. Ces constatations cadrent tout à fait avec l'opinion des classiques.

Si nous comparons maintenant les femmes avec les hommes au point de vue des taies, nous constaterons que si les taies semblent moins fréquentes chez les femmes (52,17 % contre 76,92 %), elles paraissent nettement plus marquées chez les femmes que chez les hommes :

- leucomes, dans 33,33 % des cas chez les femmes, aucun chez les hommes;
- albugos, dans 58,33 % des cas chez les femmes, dans 30 % des cas chez les hommes;
- néphéliions, dans 8,33 % des cas chez les femmes, dans 70 % des cas chez les hommes.

De plus, nous avons constaté que s'il n'y a qu'une cornée avec taie, après atteinte bilatérale bien entendu, c'est généralement celle qui a été atteinte la première, soit dans la première poussée, soit dans une récidive. Nous avons remar-

qué enfin que l'étendue d'une taie joué un rôle plus important que son opacité au point de vue de la diminution de l'acuité visuelle : les taies opaques et petites paraissent moins gênantes que les taies translucides et étendues. Dans le cas de la malade de l'observation XX, l'œil porteur d'une taie opaque mais peu étendue avait une acuité visuelle supérieure à celle de l'autre œil porteur d'une taie moins opaque mais plus étendue.

Nos recherches faites à l'aide de la lampe à fente de Gullstrand n'ont pu être assez nombreuses pour que nous puissions en tirer des conclusions très affirmatives. Sur 14 cornées, atteintes antérieurement de kératite interstitielle, nous avons toujours constaté des opacités, plus ou moins marquées, situées dans les couches profondes de la cornée. Chez les femmes, sur 11 cornées, nous n'avons trouvé des vaisseaux profonds que dans 9 cas, c'est-à-dire que dans 81,81 % des cas. Chez les hommes, sur 3 cornées, nous n'avons trouvé des vaisseaux profonds que dans 1 cas, c'est-à-dire que dans 33,33 % des cas. Nous croyons d'ailleurs que c'est surtout le fait d'une coïncidence.

2° L'ASTIGMATISME CORNÉEN :

a) *Chez les femmes.* — Sur 17 cornées atteintes antérieurement de kératite interstitielle, nous avons constaté :

1 fois un astigmatisme négligeable, soit dans 5,88 % des cas;

16 fois un astigmatisme notable, soit dans 94,11 % des cas;

6 cornées présentaient un astigmatisme irrégulier, c'est-à-dire dans 37,5 % des cas;

10 cornées, un astigmatisme régulier, c'est-à-dire dans 62,5 % des cas, avec :

3 fois, un astigmatisme contraire à la règle, soit dans 30 % des cas;

et 7 fois un astigmatisme conforme à la règle, soit dans 70 % des cas.

b) *Chez les hommes.* — Sur 7 cornées atteintes antérieurement, nous avons trouvé : 3 cornées sans astigmatisme, soit dans 42,86 % des cas et 4 cornées avec astigmatisme régulier, soit dans 57,14 % des cas.

L'astigmatisme était conforme à la règle dans 2 cas et contraire à la règle dans les 2 autres cas. Par conséquent, la fréquence semble la même pour les deux formes.

L'homme semble donc moins atteint que la femme au point de vue de l'astigmatisme cornéen.

L'astigmatisme irrégulier apparaît, nous semble-t-il, surtout après les atteintes graves de kératite interstitielle; l'astigmatisme régulier, conforme à la règle, n'apparaissant qu'après les atteintes assez bénignes et l'astigmatisme régulier contraire à la règle se produisant après les atteintes d'intensité moyenne.

3° L'ÉTAT DE LA RÉFRACTION :

a) *Chez les femmes.* — Sur 23 yeux atteints antérieurement, bien que nous n'ayons pas pu effectuer un examen complet de tous ces yeux, nous avons constaté un vice de réfraction dans 100 % des cas.

En effet, 16 yeux étaient myopes, c'est-à-dire dans 69,56 % des cas, et les 7 autres étaient hypermétropes, c'est-à-dire dans 30,43 % des cas.

Les taies semblent jouer un certain rôle dans la pathogénie de la myopie de ces yeux, car sur 13 yeux présentant des taies :

10 étaient myopes, soit dans 76,92 % des cas,

et 3 seulement étaient hypermétropes, soit dans 23,07 % des cas.

Cependant, 6 yeux sans taie apparente de la cornée étaient myopes.

b) *Chez les hommes.* — Sur 13 yeux atteints, l'un d'eux n'ayant pu être mis dans aucune catégorie, nous avons trouvé :

9 fois de la myopie (sur 12 yeux), soit dans 75 % des cas, et 3 fois de l'hypermétropie, soit dans 25 % des cas.

En comparant maintenant les résultats trouvés chez les femmes et chez les hommes, nous constatons que le pronostic est sensiblement le même au point de vue de la nature des vices de réfraction. Cependant, quand elle existe, la myopie est en général plus forte chez les femmes que chez les hommes. (obs. VII, X, XI et XV).

Comme Martin, Fortin et Garipuy, nous pensons que les taies jouent un rôle dans l'apparition de cette myopie acquise. Nous avons constaté aussi que, en cas de taie unilatérale, l'œil dont la cornée est saine en apparence, peut être myope, tandis que celui qui est porteur d'une taie ne l'est pas (obs. I).

Nous dirons enfin que si la myopie semble très fréquente après atteinte de kératite interstitielle, elle ne paraît pas être tout à fait la règle, comme le soutient Adeline Lévy, puisque un quart des cas semble y échapper.

4° L'ACUITÉ VISUELLE :

a) *Chez les femmes.* — Sur 17 yeux examinés après atteinte de kératite interstitielle, nous avons trouvé, après correction du vice de réfraction :

5 fois une acuité visuelle de $v = 10/10$ à $8/10$,
soit dans 29,41 % des cas;

3 fois une acuité visuelle de $v = 7/10$ à $5/10$,
soit dans 17,64 % des cas;

5 fois une acuité visuelle de $v = 4/10$ à $1/10$,
soit dans 29,41 % des cas;

4 fois une acuité visuelle de $v = 1/20$ à 0,
soit dans 23,52 % des cas.

Il y avait donc une acuité visuelle assez bonne, c'est-à-dire jusqu'à $5/10$ dans 47,05 % des cas.

b) *Chez les hommes.* — Après atteinte de 9 yeux dont nous avons mesuré l'acuité après correction du vice de réfraction, nous avons constaté que :

3 yeux avaient une acuité visuelle de $v = 10/10$ à $8/10$,
soit dans 33,33 % des cas;

3 autres yeux, une acuité visuelle de $v = 7/10$ à $5/10$,
soit dans 33,33 % des cas;
et 3 autres yeux, une acuité visuelle de $v = 1/20$ à 0,
soit dans 33,33 % des cas.

Les malades présentaient donc une acuité visuelle assez bonne, c'est-à-dire au moins égale à $5/10$, dans 66, 66 % des cas.

En comparant les constatations faites chez les femmes avec celles faites chez les hommes, nous trouvons encore un pronostic plus grave chez les femmes.

Cette différence entre les deux sexes mise à part, le pronostic semble d'ailleurs moins sombre que ne le pense Igersheimer, puisqu'il n'a constaté une acuité visuelle égale ou supérieure à $1/3$ que dans 59,2 % des cas, tandis que nous avons constaté une acuité de cette valeur dans 69,23 % des cas.

5° LES LÉSIONS ET LES SÉQUELLES DIVERSES DE L'OEIL :

a) *Chez les femmes.* — Sur 23 yeux atteints antérieurement de kératite interstitielle, nous avons trouvé :

- 5 fois des gérontoxons ou des opacités de la cornée y ressemblant, soit dans 21,73 % des cas;
- 7 fois des lésions d'irido-cyclites, d'irido-choroïdite ou des synéchies, soit dans 30,43 % des cas;
- 1 fois une cataracte, soit dans 4,34 % des cas;
- 1 fois une atrophie du globe, soit dans 4,34 % des cas.

Si un traumatisme a certainement joué un rôle dans le cas de la cataracte avec séclusion pupillaire et atrophie de l'œil (obs. X), il n'en est pas moins vrai qu'il n'a fait que déclencher des complications.

b) *Chez les hommes.* — Sur 13 yeux atteints antérieurement de kératite interstitielle, nous avons constaté :

- 2 fois des opacités ressemblant au gérontoxon, soit dans 15,3 % des cas;

- 3 fois des lésions ou des séquelles au niveau de l'iris,
soit dans 23,07 % des cas;
- 2 fois une aniridie, soit dans 15,3 % des cas;
- 2 fois un glaucome, soit dans 15,3 % des cas.

Les lésions du tractus uvéal, la cataracte et l'atrophie du globe semblent un peu plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Seul un homme a présenté un glaucome bilatéral, mais il s'agissait d'un cas un peu exceptionnel, puisqu'il y avait eu kératite interstitielle bilatérale dès la naissance.

Les gérontoxons, typiques chez deux femmes, semblent plus fréquents chez celles-ci que chez les hommes, ce qui est l'inverse de ce que l'on voit habituellement pour Koby et les classiques. Dans les 3 cas de gérontoxons typiques, l'astigmatisme cornéen était contraire à la règle. Dans les 2 cas non typiques, l'astigmatisme était conforme à la règle ou n'existait pas. Enfin, il nous a semblé que les gérontoxons avaient plutôt tendance à apparaître sur la cornée, la première atteinte de kératite.

6° LES LÉSIONS DU FOND D'ŒIL.

Nous ferons remarquer tout d'abord que les examens du fond d'œil n'ont pas été faits sous atropine.

a) *Chez les femmes.* — Sur 9 malades, après atteinte de 17 cornées, nous avons constaté :

- 5 cas où le fond d'œil n'était pas visible;
- 9 cas où le fond d'œil ne présentait pas de lésions apparentes;
- 3 cas où le fond d'œil présentait des lésions de choroïdite ou de chorio-rétinite, avec 1 cas de choroïdite disséminée et 2 cas de chorio-rétinite maculaire. Dans ces 3 cas, les yeux étaient fortement myopes.

Le dix-huitième œil, n'ayant pas présenté d'atteinte de kératite interstitielle, n'avait aucune lésion apparente du fond d'œil.

Sur les 12 yeux éclairables, nous avons donc constaté une absence de lésions apparentes dans 75 % des cas, et la présence de lésions dans 25 % des cas. Peut-être y avait-il dans les 5 cas d'yeux non-éclairables, c'est-à-dire dans 29,41 % des cas, des lésions de chorio-rétinite ou de choroïdite, mais nous ne pouvons l'affirmer. En l'admettant, on trouverait des lésions du fond d'œil dans 47,05 % des cas.

b) *Chez les hommes.* — Sur 5 malades, après atteinte de 9 cornées, nous avons constaté :

2 cas où le fond d'œil n'était pas visible;

et 7 cas où le fond d'œil ne présentait aucune lésion apparente.

Le dixième œil, non atteint de kératite, ne présentait aucune lésion apparente.

Donc, pour les yeux éclairables, absence de lésions apparentes dans 100 % des cas. Si on admet que les yeux inéclairables présentaient des lésions du fond, il y en aurait eu dans 22,22 % des cas.

Si nous comparons maintenant nos résultats avec ceux donnés par Morancé dans sa thèse, nous constatons qu'il a trouvé des lésions du fond d'œil visibles sans atropine dans 40 % des cas, tandis que nous en avons trouvé plus fréquemment chez les femmes, et moins fréquemment chez les hommes (25 % et 0 %). Ceci tend à prouver que nous arrivons sensiblement aux mêmes résultats, et que là encore les femmes semblent plus frappées que les hommes.

7° LE STRABISME ET LE NYSTAGMUS SPONTANÉ.

Nous n'avons constaté la présence de strabisme que dans 2 cas; une femme et un homme. C'était d'ailleurs un strabisme purement fonctionnel dû à l'amblyopie.

Quant au nystagmus spontané, nous ne l'avons jamais constaté. Il semble d'ailleurs assez rare, puisque, sur 576 cas de malades présentant des taies, Chauvel ne l'a trouvé que 3 fois.

8° LES RÉCIDIVES DE LA KÉRATITE INTERSTITIELLE :

a) *Chez les femmes.* — Sur 12 malades, nous en avons trouvé 6 ayant présenté des récidives, soit chez 50 % des malades. 4 fois les récidives furent bilatérales, soit dans 66,66 % des cas de récidives. Sur les 6 malades ayant présenté des récidives, 4 n'en ont eu qu'une, soit dans 66,66 % des cas, une en a eu 2, soit dans 16,66 % et une en a eu 3, soit dans 16,66 % des cas.

Les malades présentèrent en tout 9 récidives qui s'échelonnent d'un an à vingt ans après la première atteinte. Sur ces 9 récidives :

3 sont produites dans les 3 premières années, soit dans 33,33 % des cas; et 6 se sont produites dans les 3 premières années, soit dans 66,66 p. 100 des cas;

mais :

4 se sont produites près de la puberté, soit dans 44,44 % des cas;

2 se sont produites chez des malades présentant des troubles du fonctionnement de l'appareil génital ou après la ménopause, soit dans 22,22 % des cas;

et 3 se sont produites en dehors de la pùberté et de la ménopause, soit dans 33,33 % des cas. .

Les modifications dans le fonctionnement de l'appareil génital de la femme semblent donc jouer un rôle assez important dans l'apparition des récidives, puisque nous avons pu constater ces modifications dans 66,66 % des cas.

b) *Chez les hommes.* — Nous n'avons trouvé aucune récidive dans l'histoire de ces malades.

Une fois de plus, le pronostic semble donc plus sévère chez les femmes.

Si nous comparons nos résultats à ceux des statistiques déjà publiées, nous constatons que Collomb n'indique que 4,7 % de récidives, Fage 17 %, tandis que nous trouvons 30 % de récidives en réunissant les hommes et les fem-

mes. Hirschberg est le seul qui ait trouvé comme nous 30 % de récidives. A notre avis, ces différences viennent surtout du fait que dans presque toutes les statistiques, la plupart des malades n'avaient présenté leur première atteinte de kératite interstitielle que quelques années auparavant.

Nous signalons pour terminer la question du pronostic local que 3 malades ont présenté une atteinte tardive du deuxième œil. L'intervalle entre les deux atteintes fut de deux ans, trois ans et cinq ans. Les cas où l'intervalle a dépassé cinq ans semblent exceptionnels. Consiglio a signalé cependant 1 cas où l'intervalle fut de 26 ans chez un hérédo-syphilitique.

II. — *Le pronostic général.*

Nous allons exposer les résultats de nos recherches au sujet :

- 1° des oreilles;
- 2° des dents;
- 3° de l'organisme pris dans son ensemble et du système nerveux en particulier.

1° LES OREILLES.

Nous nous étendrons peu sur cette question, car nous n'avons pu, trop souvent, faire pratiquer les examens par un spécialiste.

a) *Chez les femmes.* — Nous avons constaté des troubles du côté des oreilles chez 8 malades sur 12, soit dans 66,66 % des cas.

Il s'agissait dans 6 cas de labyrinthite bilatérale, c'est-à-dire dans 50 % des cas, et dans 2 cas d'obstruction tubaire unilatérale, soit dans 16,66 % des cas. Dans 3 cas de labyrinthite bilatérale, il y avait en même temps obstruction tubaire bilatérale, soit dans 25 % des cas.

b) *Chez les hommes.* — Nous n'avons trouvé que 2 malades ayant présenté des troubles auriculaires, soit dans 25 % des

cas. Dans un cas, il s'agissait d'une labyrinthite bilatérale avec obstruction tubaire, soit dans 12,5 % des cas, et dans l'autre cas il s'agissait d'une otite moyenne chronique unilatérale, soit dans 12,5 % des cas.

Au point de vue auriculaire, les femmes sont donc plus souvent atteintes que les hommes, surtout en ce qui concerne le labyrinthe.

Les complications auriculaires se sont produites de huit mois à vingt-cinq ans après la première atteinte de kératite interstitielle. Elles semblent apparaître le plus souvent ou dans les deux premières années, ou au bout d'une quinzaine d'années. Chez les femmes, l'atteinte du labyrinthe semble favorisée par la ménopause, quelle soit naturelle ou artificielle (obs. XIV et XX).

Si nous comparons maintenant nos résultats à ceux de Cornilliet, qui a fait une étude beaucoup approfondie de la question des complications auriculaires, nous constatons qu'il a trouvé des lésions de l'oreille interne dans 29 % des cas, tandis que nous en avons trouvé dans 35 % des cas en réunissant les hommes et les femmes. Nos résultats respectifs sont donc sensiblement les mêmes.

2° LES DENTS.

Là encore, nous ne prétendons pas apporter de grandes précisions. Nous dirons simplement qu'il nous a semblé que les malades avaient présenté le plus souvent et assez précocement de la carie de leurs molaires.

A notre avis, le pronostic ne semble pas aussi grave que celui qu'a indiqué Fournier. Peut-être est-ce l'effet d'un traitement spécifique plus énergique.

D'autre part, contrairement à ce qui se passe pour les yeux et les oreilles, il ne semble pas qu'il y ait de différence entre les deux sexes au point de vue des dents.

Nous signalons enfin que, dans un cas où la présence de dents d'Hutchinson avait été constatée lors du premier examen (obs. XI), nous n'avons pu retrouver que des incisives

médianes supérieures un peu irrégulières, mais sans aucune trace d'érosion en coup d'ongle.

3° L'ORGANISME PRIS DANS SON ENSEMBLE ET LE SYSTÈME NERVEUX.

En dehors des lésions oculaires, auriculaires et dentaires, nous n'avons constaté qu'une atrophie testiculaire à la suite d'un sarcocèle syphilitique postérieur à l'atteinte de kératite interstitielle (obs. IX). Certains malades avaient présenté des ostéo-périostites ou des ostéo-arthrites spécifiques, mais elles s'étaient produites avant ou au cours de leur première atteinte de kératite interstitielle. Dans un seul cas (obs. X), nous avons constaté la déformation nette d'un radius.

D'une manière générale, les malades nous ont paru dans un assez bon état de santé. Ils auraient peut-être une certaine tendance au vieillissement prématuré, mais c'est bien difficile à apprécier. A notre avis, d'ailleurs, on ne peut guère donner qu'une impression sur ce point, car, pour qu'il soit possible d'affirmer un raccourcissement de la vie de ces malades, il faudrait savoir à quel âge moyen ils meurent, ce qui serait bien difficile à établir.

Au point de vue du système nerveux, nous n'avons jamais constaté d'épilepsie, de tabès ou de paralysie générale. Igersheimer et Franta prétendent cependant que les complications nerveuses tardives sont fréquentes. Nous avons fait quelques recherches parmi les observations de cas anciens déjà publiées; les complications nerveuses nous ont paru assez rares. Nous les croyons donc assez peu fréquentes.

Si nous n'avons pas trouvé, chez les malades que nous avons examinés, des affections nerveuses bien déterminées, nous avons constaté que les malades étaient le plus souvent très nerveux, au sens que donne à ce mot le commun des mortels. Ceci explique sans doute la grande fréquence des réflexes tendineux vifs constatés sans aucun autre symptôme tendant à prouver l'atteinte du système nerveux central. Parfois nous avons appris par l'entourage que certains malades

pouvaient être dangereux pour les autres personnes dans certaines occasions. Le malade de l'observation I, par exemple, a menacé de mort deux personnes parce que celles-ci ne voulaient pas lui laisser des souvenirs de peu de valeur que leur avait donnés sa mère avant de mourir.

Nous avons trouvé, d'autre part, un débile mental (obs. III). Son état général était assez mauvais quand nous l'avons examiné : éthylique, il venait d'être opéré d'une hernie inguinale bilatérale, qui avait récidivé après une opération antérieure.

Nous croyons pouvoir dire cependant que la plupart des malades nous ont paru à peu près normaux au point de vue de l'intelligence et du jugement.

III. — *Le pronostic social des malades et l'avenir pathologique de leurs descendants.*

1° LE PRONOSTIC SOCIAL DES MALADES.

Nous nous étendrons peu sur cette question, nos constatations n'ayant pu être poussées très loin.

Contrairement à ce que nous attendions, le préjudice social ne nous a pas semblé très grand. Un seul malade, celui de l'observation I, aurait été réellement gêné dans le choix de sa profession. Un autre malade a dû changer de métier : de peintre en bâtiment, il est devenu chantre (obs. IX). Tous les autres, qui étaient d'un milieu généralement pauvre, ne semblent pas avoir été vraiment gênés dans le choix ou dans l'exercice de leur profession.

Au point de vue du mariage, 9 femmes sur 12 ont pu se marier, soit dans 75 % des cas. Sur les 3 autres, l'une a eu un fiancé qui est mort à la guerre (obs. X), et les 2 autres étaient sourdes. La surdité semble donc porter aux femmes un préjudice plus important au point de vue du mariage que le mauvais état de leurs yeux.

Chez les hommes, sur 8 malades, 7 ont pu se marier, soit

dans 87,5 % des cas. La différence qui existe entre les femmes et les hommes au point de vue du mariage n'est pas du tout étonnante, quand on sait que normalement une femme se marie plus difficilement qu'un homme. De plus, les femmes étant nettement plus atteintes que les hommes, au point de vue des séquelles locales de kératite interstitielle et des complications auriculaires, voient leurs chances de se marier diminuer encore.

Au point de vue des enfants, 8 femmes sur 9 mariées en ont eu, soit dans 88,8 % des cas. Une seule femme a eu une fausse couche, vraisemblablement due à une métrite, car elle avait eu avant toute une série d'accouchements normaux.

D'autre part, 5 hommes, sur 7 mariés, ont eu des enfants, soit dans 71,41 % des cas. Une de leurs femmes, après une série d'accouchements normaux, a eu 3 fausses couches, très probablement dues à une syphilis acquise. Nous croyons donc pouvoir dire que les avortements semblent, dans les familles de ces malades, aussi rares que dans les familles vierges de toute syphilis.

2° L'AVENIR PATHOLOGIQUE DES DESCENDANTS.

Sur 34 descendants de malades atteints antérieurement de kératite interstitielle, dont 30 de la première génération et 4 de la seconde, pas un n'a eu de kératite interstitielle.

Par conséquent les kératites interstitielles de deuxième génération semblent tout à fait exceptionnelles, comme le pensait déjà Igersheimer en 1913. Malgré l'observation de Stremginski, dans laquelle le père et le fils ont présenté une kératite interstitielle, la mère étant absolument saine aux dires de Stremginski, nous croyons, pour qu'il y ait kératite interstitielle à la deuxième génération, que la mère doit être obligatoirement hérédosyphilitique. Autrement dit, il nous semble que la kératite interstitielle est avant tout une affection inflammatoire, et non simplement un trouble trophique susceptible d'être transmis du père au fils, comme l'a signalé Castex.

Nous avons recherché, d'autre part, si les vices de réfraction étaient fréquents chez les descendants de malades atteints de kératite interstitielle. Dans 2 cas seulement, nous avons trouvé de la myopie avec astigmatisme. Dans 1 cas, d'ailleurs, il s'agissait du fils d'une hérédo-syphilitique hypermétrope.

La myopie et l'astigmatisme semblent donc aussi rares chez les descendants de ces malades que chez les gens ne présentant pas d'hérédité syphilitique. Enfin, chez tous les descendants que nous avons pu examiner, superficiellement, nous devons le reconnaître, l'acuité visuelle nous a semblé absolument normale.

Au point de vue de l'organisme en général, nous n'avons pas remarqué de troubles trophiques. Nous n'avons pas pu, d'ailleurs, examiner suffisamment les descendants pour que nous puissions porter un jugement sur une question qui exigerait des examens très minutieux et suffisamment nombreux.

Nous dirons, pour terminer, que chez les descendants des femmes nous avons trouvé la mortalité infantile 3 fois sur 19 descendants, c'est-à-dire dans 16,78 % des cas, tandis que chez les descendants des hommes nous en avons trouvé 1 cas sur 11 descendants, soit dans 9,09 % des cas. Dans ce dernier cas, d'ailleurs, une hérédo-syphilis de première génération était très probable (obs. I). Nous n'avons pas tenu compte, pour établir ces pourcentages, des 4 descendants de la deuxième génération, qui ne présentaient, d'ailleurs, aucun cas de mortalité infantile. Nous croyons donc pouvoir dire que la mortalité infantile est beaucoup moins fréquente chez les descendants de malades atteints de kératite interstitielle que Collins l'avait indiqué en 1903 (36,6 %).

Il est possible que la différence qui existe entre les deux statistiques soit due à une différence d'efficacité du traitement.

En tout cas, d'après nos recherches, la mortalité infantile à la deuxième génération ne semble même pas sortir du cadre de la mortalité infantile moyenne.

CONCLUSIONS

A. — *Au point de vue oculaire :*

I. — Le pronostic tardif des malades atteints de kératite interstitielle, assez grave dans les deux sexes, est nettement plus sombre pour la femme que pour l'homme. Nous avons, en effet, constaté :

1° des taies plus opaques chez la femme que chez l'homme, malgré leur moindre fréquence chez celle-ci (dans 32,17 % des cas chez la femme et dans 76,92 % des cas chez l'homme.

2° de l'astigmatisme cornéen plus fréquent (dans 94,11 % des cas) et plus grave chez la femme (dans 37,5 % des cas, il était irrégulier) que chez l'homme (37,48 % des cas avec astigmatisme toujours régulier);

3° de la myopie plus forte chez la femme que chez l'homme, malgré une fréquence un peu moindre chez celle-ci (dans 69,56 % des cas chez la femme et dans 76,92 % des cas chez l'homme);

4° une diminution de l'acuité visuelle plus importante et plus fréquente chez la femme (47,5 % des cas seulement chez la femme et 66,66 % des cas chez l'homme avaient une acuité d'au moins 5/10);

5° des lésions du tractus uvéal ou des séquelles de celles-ci dans 30,43 % des cas chez la femme et seulement dans 23,07 % des cas chez l'homme;

6° des lésions apparentes du fond dans 25 % des cas chez la femme et jamais chez l'homme;

7° des récides dans 50 p. 100 des cas chez la femme et jamais chez l'homme (les troubles du fonctionnement de l'appareil génital de la femme semblent jouer un rôle important dans l'apparition des récides).

II. — Le strabisme semble assez rare chez les malades atteints de kératite interstitielle. Dans les deux cas où nous l'avons constaté il était dû à l'amblyopie.

III. — Le nystagmus spontané est exceptionnel.

B. — *Au point de vue de l'organisme en général :*

I. — Les malades sont souvent affligés de troubles auriculaires, très tardifs parfois. La femme est plus fréquemment atteinte que l'homme, surtout en ce qui concerne l'oreille interne. Nous avons constaté des troubles auriculaires dans 66,66 % des cas chez la femme et seulement dans 25 % des cas chez l'homme. L'apparition des labyrinthites coïncide souvent avec l'existence de modifications dans la vie génitale de la femme.

II. — Les malades présentent très fréquemment de la carie dentaire, cependant le pronostic ne semble pas aussi fâcheux qu'on le pensait.

III. — Les complications nerveuses tardives paraissent assez rares ; nous n'avons jamais constaté leur existence.

IV. — Les malades ne semblent pas présenter de vieillissement précoce très marqué. Leur vie ne paraît pas aussi brève que certains auteurs l'ont prétendu.

C. — *Au point de vue social :*

I. — La plupart des malades peuvent se marier et sont capables d'exercer un métier. Etant d'un milieu pauvre en général, ils choisissent assez facilement une profession n'exigeant pas une très bonne acuité visuelle.

II. — Les troubles auriculaires paraissent porter un préjudice social plus grand que les troubles oculaires, surtout en ce qui concerne les femmes. Celles-ci, en effet, semblent ne pas pouvoir se marier quand elles sont sourdes.

III. — Les avortements, très rares, ne paraissent pas dus à une syphilis héréditaire.

IV. — Chez les descendants, la mortalité infantile reste dans le cadre de la mortalité infantile moyenne. Dans la grande majorité des cas, les enfants ne sont jamais atteints de kératite interstitielle et ne présentent pas les tares dont leur mère ou leur père a été affligé.

Vu : *Le Doyen,*
PIERRE MAURIAC.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
TEULIERES.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 10 décembre 1935.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBRAND. — Bemerkungen über einige äussere Krankheiten des Auges. *Deutsch. Med. Wochenschrift*, 1895, n^{os} 25 et 26.
- ALANAKIAN HAGOP. — Des causes déterminantes de la kératite interstitielle. Thèse Paris, 1920.
- AXENFELD. — Voir IGRSHEIMER. XXXIX^e *Versamml. d. Ophth. gessell. Heidelberg*, 1913, p. 261.
- AYRES (S. C.). — Interstitial Keratitis and Inherited Syphilis. *The Cincinnati Lancet*, 1874, p. 321.
- BADAL. — Recherches statistiques sur les manifestations oculaires de la syphilis. *Arch. d'ophtalmologie*, 1886, p. 104 et 301.
- BADER. — Trois observations propres à faire connaître une affection particulière de la rétine. *Ann. d'oculistique*, 1858, t. XXXIX.
- BASLINI. — Contribution à l'étude clinique de la kératite parenchymateuse. Soc. méd.-chir. Pavie, mai 1902; in *Arch. d'opht.*, 1903.
- BEAUVIEUX. — Syphilis et kératite interstitielle de l'enfance. *Arch. d'opht.*, 1910, p. 621.
- BERGMEISTER (R.). — Erblues (lues congenita) und Keratitis parenchymatosa bei zwei generationen (Mutter und Tochter). *Zeitschrift f. Augen.*, 1927, t. LXII, p. 100.
- BERTEIN. — Kératite interstitielle et ophtalmoplégie interne bilatérale dans la syphilis héréditaire. *Lyon méd.*, n^o 4, 27 janv. 1929, p. 11.
- BLATT (N.). — Syphilis oculaire héréditaire dans la troisième génération. *Graefe's Arch. f. Ophtalm.*, juill. 1928, t. CXX.

- BONNET. — Les opacités cornéennes en « feuilles de palmier », reliquats de la kératite interstitielle type annulaire de Vossius. *Arch. d'opht.*, sept. 1935.
- BRUNET (H.-V.-A.). — Essai de justification du traitement mercuriel intensif dans la kératite interstitielle hérédo-syphilitique. Thèse Bordeaux, 1911-1912.
- BULKE. — 100 cas de kératite parenchymateuse. *Centralb. f. praktik. Augenh.*, 1885, p. 360. —
- CANGE (A.) et ANTOINE (R.). — Kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique et manifestations endocriniennes. *Gaz. des hôp.*, 1924, p. 1237 et 1271.
- CASTEX (L.). — Hérédo-syphilis, mutations et lois de Mendel. *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 16, 10 juin 1935, p. 456-458.
- COLLINS (E. T.). — On the children of parents who have had interstitial Keratitis. *Roy. London opht. hosp. reports*, 1903, t. XV.
- COLLOMB. — Note statistique et clinique sur les récidives de la kératite parenchymateuse diffuse. *Bull. Soc. franç. d'opht.*, 1905, p. 253.
- CONSIGLIO. — Lungo intervallo di cheratiti parenchymatosa tra l'occhio destro i sinistro. XIX^e Congrès Soc. ottalm. ital., oct. 1905.
- CORNILLIET (A.). — Kératite interstitielle et lésions de l'oreille. Thèse Lyon, 1930.
- DAVIDSON. — De la surdité dans ses rapports avec la kératite et les dents incisives coniques. *Ann. d'ocul.*, 1871, p. 125.
- DESMARRES. — Traité des maladies des yeux. Paris, 1858.
- DESVAUX (G.). — Du rôle des maladies générales dans l'étiologie de la kératite parenchymateuse diffuse. Thèse Paris, 1897-1898.
- DUVERGER et LAMPERT. — Kératites parenchymateuses évoluées et vascularisation profonde. *Bull. Soc. franç. d'opht.*, 1924, p. 353.
- ELSCHNIG. — Voir IGRSHEIMER. XXXIX^e *Versamml. d'Ophtalm. gesell. Heidelberg*, 1913, p. 261.

- ENROTH (E.). — Parenchymatöse Keratitis und Konstitution. *Klinisch. Monatsblatt. f. Augen.*, 1920, t. LXV, p. 266.
- FAGE. — Les récidives de la kératite parenchymateuse. *Bull. Soc. franç. d'opht.*, 1913, p. 625, et *Clin. opht.*, 1913, p. 375.
- FARJOT (A.). — La nature syphilitique de la kératite interstitielle. Thèse Lyon, 1922-1923.
- FORTIN. — De la myopie acquise dans les lésions cicatricielles de la cornée. Thèse Paris, 1902.
- FOURNIER (A.). — Kératite interstitielle hérédo-syphilitique. *Semaine méd.*, 1883, p. 173.
- De la syphilis héréditaire tardive. Paris, 1886.
- FRANTA (J.). — Allgemeine und örtlich prognose nach Keratitis profunda und lues heredit. *Tchas. lek. Tschesk.*, 1928, t. II, p. 1135.
- FUCHS (E.). — Manuel d'ophtalmologie. Paris, 1906, p. 213.
- GALEZOWSKI. — Kératite interstitielle et choroïdite. *Recueil d'opht.*, 1910, p. 317.
- GALLEMAERTS. — Société française d'ophtalmologie, 1926.
- GARIPUY. — Du rapport des taies de la cornée avec la myopie. Thèse Toulouse, 1902-1903.
- GOLESCEANO (C.). — Le pronostic de la vision après les atteintes de la kératite interstitielle. *Bull. Soc. franç. d'opht.*, 1914, p. 317, et *Clin. opht.*, 1914, p. 695.
- HALTENHOFF. — Hérédo-syphilis à la deuxième génération. *Rev. méd. Suisse rom.*, 20 juin 1906.
- HERZAU et HOSSMANN. — Sur la kératite interstitielle. *Klin. Monatsbl. für Augenh.*, 1933, t. LXXXVIII, p. 477.
- HIPPEL (A. von). — Ueber parenchymatöse Keratitis. *Graef's Arch. f. Opht.*, 1893, t. XXXIX, n° 3, et 1896, t. XLII, n° 2, p. 276.
- HIRSCHBERG. — Ueber spezifische Hornhaut-Entzündung. *Deutsch. Med. Wochenschrift*, 1888, n°s 2 et 26.
- XXXIX^e Versammlung. d'Opht. gesell. Heidelberg, 1913, p. 261.
- HORNER. — Gerhard's Handbuch der Kinderkrankheiten. Tübingen, 1889.

- HUTCHINSON. — Clinical memorial on certain diseases of the eye and ear consequent of in herited syphilis. Londres, 1857.
- Diseases of the eye and ear consequent of inherited syphilis. Londres, 1863.
- On the differents forms of inflammation of the eye consequent of inherited syphilis. *Opht. hosp. reports*, 1857-1871, p. 46.
- HUTINEL (J.) et LIROSSIER-ARDOIN (Alice). — L'hérédo-syphilis clinique et thérapeutique. Paris, 1932.
- IGERSHEIMER (J.). — Ueber die weiteren Schicksale von Patienten mit Keratitis parenchymatose auf hereditar-luetischer Grundlage. XXXIX^e Versamml. *Opht. gesell. Heidelberg*, 1913, p. 261.
- KOBY (F.-E.). — Sur la dégénérescence marginale des cornées. *Rev. gén. d'opht.*, juin 1923, t. XXXVII.
- Les ombres portées en microscopie oculaire sur le vivant. *Arch. d'opht.*, 1924, t. XLI.
- KRAUPA (E.). — Ein Betrag zur pathogenese der Keratitis parenchymatosa. *Klin. Monatsbl. f. Augen.*, 1921, t. LXVII, p. 218.
- Zur Frage der Keratitis luetica. *Klin. Monatsbl. f. Augen.*, 1926, t. LXXVII, p. 411.
- LAGRANGE (F.). — Précis d'ophtalmologie. Paris, 1903, p. 288.
- LE GENTIL (G.). — Kératite interstitielle et surdité. Thèse Paris, 1901.
- LÉOPOLD-LÉVY. — Les glandes endocrines en pathologie et thérapeutique oculaires. *Soc. opht. de Paris*, 1931, p. 471.
- LÉVY (Adeline). — Les réfractions chez les malades atteints de kératite interstitielle (Etude clinique). Thèse Paris, 1933.
- LUHR (A. F.). — Oculomotor palsy with parenchymatous keratitis in congenital syphilis. *Am. Journ. opht.*, t. VII, avril 1924, p. 293.
- MACKENZIE. — Traité des maladies de l'œil. Paris, 1856.
- MAGNE. — Remarque sur tous les états morbides qui sont en général désignés sous le nom de taches de la cornée. *Gaz. de Paris*, n° 49, 1845.
- MANCHOT. — Syphilis in der dritten generation. *Deutsche medizinisch Wochenschrift*, 1926, t. II, p. 1534.

- MARTIN (G.). — Etiologie de la myopie. Paris, 1889.
- MAWAS (J.). — Kératite parenchymateuse et vascularisation profonde. *Arch. d'opht.*, 1924, p. 353.
- MAYOUX (R.). — La syphilis de l'oreille moyenne. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 juill. 1930, t. XI, n° 253.
- MÉRIGOT DE TREIGNY. — Un aspect particulier des opacités de la kératite interstitielle. *Soc. d'opht. de Paris*, 16 févr. 1929.
- MORANCÉ (P.). — De la chorioretinite chez les malades atteints de kératite interstitielle. Thèse Paris, 1931-1932.
- MORAX (V.). — Précis d'ophtalmologie, Paris, 1931, p. 267.
- NEAME (H.). — Relapse interstitial keratitis. *Proceed. roy. Soc. of med.*, 1928, p. 694.
- NICATI. — De la myopie dans les écoles de Marseille. *Gaz. Mars. de chirurgie et de médecine*, oct. 1879.
- OKASAKI (G.). — Pronostic de la kératite parenchymateuse. *Nippon Gankakai Zasshi*, mai 1922; in *Rev. gén. d'opht.*, 1924, p. 459.
- PANAS. — Sur la kératite cachectique appelée kératite hérédo-syphilitique. *Gaz. des hôp.*, 1872, n° 139.
- Considération sur la nature et le traitement de la kératite interstitielle diffuse. *Arch. d'opht.*, 1880, p. 577; *Ann. d'ocul.*, 1882, p. 187.
- Traité des maladies des yeux. Paris, 1894, t. I.
- PARINAUD. — La kératite interstitielle et la syphilis héréditaire. *Arch. gén. de méd.*, 1883, p. 52.
- PESME (P.). — Vascularisation dans la kératite interstitielle hérédo-syphilitique et dans la kératite parenchymateuse sclérosante. *Arch. d'opht.*, 1925, p. 225.
- PETERSEN. — Ueber Hornhautflecke als Ursache der Myopie und Anisometropie. Kiel, 1887.
- PFISTER. — 130 cas de kératite interstitielle diffuse. *Klin. Monatsbl. f. Augen.*, 1890, p. 114.
- POULARD. — Kératite interstitielle. *Progrès méd.*, Paris, 1909, p. 67.

- PROBST (C. H.). — Parenchymatous keratitis, irido-choroidal form, with loss of both eyes. *Medical Age*, 10 juin 1903; in *Rev. gén. d'opht.*, 1906.
- RAMADIER. — Contribution à l'étude de la syphilis nerveuse de l'appareil auditif. Thèse Paris, 1915-1916.
- La syphilis auriculaire. Paris, 1928.
- ROCHON-DUVIGNEAUB. — L'ophtalmologie en clientèle. Paris, 1927.
- ROLLET (E.). — La kératite des hérédosyphilitiques et sa vascularisation persistante. *Journ. de méd. Lyon*, mars 1930, p. 171.
- ROLLET (J.). — Hérédosyphilis de la seconde génération. *Soc. opht. Lyon*, 13 janv. 1931.
- ROQUES (C.-E.). — Contribution à l'étude de la kératite interstitielle dans la syphilis acquise, le rhumatisme et la vie génitale de la femme. Thèse Bordeaux, 1901-1902.
- SANTOS-FERNANDEZ (J.). — La kératite interstitielle dans la pratique ophtalmologique. *Ophtalmology*, janv. 1904; in *Centralbl. prakt. Augenh.*, 1914, p. 180.
- SARGNON et ROLLET (J.). — Kératite interstitielle et lésions de l'oreille. Congrès d'oto-rhino-laryngologie, juin 1930.
- SIDLER-HUGUENIN. — Ueber Hereditar-syphilitische Augenintergrunds veränderungen. *Deutsch. Beitrage zur Augenh.*, 1902, fascicule LI.
- SOHIER (H.). — Les reliquats indélébiles de la kératite hérédosyphilitique. Thèse Lyon, 1930.
- SOULAS. — Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire de l'oreille interne. Thèse Paris, 1924.
- STREMGINSKI. — *Annales de dermat. et syphil.*, 1897, p. 702.
- TERRIEN (F.). — Troubles visuels et altérations des glandes à sécrétion interne. *Arch. d'opht.*, déc. 1922.
- Précis d'ophtalmologie, Paris, 1924, p. 234.
- TERSON (A.). — Ophtalmologie du médecin praticien. Paris, 1916, p. 309.
- TRUC (H.), VALUDE (E.), FRENKEL (H.). — Nouveaux éléments d'ophtalmologie. Paris, 1908, p. 541.

- TSUKAHARA (Y.). — Statistische Untersuchung über Keratitis parenchymatosa. *The Taiwan Igalkkai Zasshi*, 1926, n° 255.
- VOGT. — Atlas de microscopie de l'œil vivant. Traduction française. Berlin, 1921.
- VOSSIUS. — Sur une kératite parenchymateuse centrale annulaire. *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1885, n° 43.
- WARDROP. — Essays of the morbid anat. of the eye, 1808.
- WECKER (D. F.). — Netzhautentz ndung bei Augebarener Lues. *Deutsch. Med. Wochenschrift*, 1877.

